Solliciteur général Canada
Sölicitor General Canada

Gestion et traitement des délinquants sexuels

Canada

Gestion et traitement des délinquants sexuels

Rapport du Groupe de travail sur le traitement des délinquants sexuels

90-03505/

Données de catalogage avant publication (Canada)

Canada. Groupe de travail sur le traitement des délinquants sexuels

Gestion et traitement des délinquants sexuels : rapport

Publ. en anglais sous le titre: The management and treatment of sex offenders.
Comprend des références bibliogr.
ISBN 0-662-95952-3
N° de cat. MAS JS42-35/1990F

1. Délinquants sexuels -- Canada. 2. Réhabilitation -- Canada. I. Canada. Solliciteur général Canada. II. Titre.

HQ72.C3C3514 1990 364.1'53'0971 C90-098578-X

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1990

N° de cat. MAS JS42-35/1990F

ISBN 0-662-95952-3

Table des matières

Résumé 1

Introduction 3

Évaluation et traitement du délinquant sexuel: examen des comptes rendus de recherche 11

Évaluation du risque concernant la perpétration de l'infraction sexuelle . . . 11

Tableau 1 12

Traitement organique des préférences sexuelles déviantes 14

Traitement psychologique des préférences sexuelles déviantes 16

Traitement et récidive 18

Tableau 2 20

Conclusion 22

Constatations 23

1. Informations pour faire l'évaluation 23
2. Recrutement des sujets 24
3. Communication entre professionnels 24
4. Éventail des programmes 25
5. Détenus autochtones 26
6. Continuité et suivi 26
7. Évaluation du risque 27
8. Limites du traitement 28
9. Évaluation et recherche 29
10. Stratégie nationale 29

Structure pour l'élaboration de programmes 31

Recrutement de la clientèle des programmes de traitement 31

Examen du cas 31

Traitement 32

Évaluation à la fin du programme 32

Évaluation du risque 32
Libération et suivi 32
Évaluation du programme 32

Recommandations 34
Continuité, rôle de la collectivité et coordination 34
Élaboration de programmes 35
Évaluation du risque et libération 36
Formation et normes 37
But et orientation 37

Annexe A 39
Membres du Groupe de travail 39
Représentants des provinces et des territoires 39

Annexe B 40
Groupe de travail sur le traitement des délinquants sexuels 40
Mandat 40

Annexe C 41
Liste des experts consultés par le Groupe de travail. 41

Programmes de traitement soumis au Groupe de travail 44

Bibliographie 46

Résumé

Les infractions de nature sexuelle constituent un phénomène très complexe pour lequel il n'existe pas de solution miracle. Partout au Canada, des spécialistes dévoués font un travail utile dans ce domaine. Bien que de nombreuses questions touchant l'étiologie, l'évaluation, la typologie et l'efficacité du traitement restent sans réponse, nous pouvons compter sur une quantité considérable de connaissances et d'activités afin d'établir nos politiques et nos programmes.

Les infractions d'ordre sexuel n'ont pas une cause unique; de nombreux facteurs contribuent à pousser un individu à commettre un tel crime et il existe des méthodes de traitement dont on sait qu'elles peuvent aider à régler certains problèmes. Aucune méthode n'est un gage de succès total, mais plusieurs ont permis d'obtenir d'heureux résultats. Les spécialistes ne prétendent pas pouvoir "guérir" les délinquants sexuels; il s'agit plutôt de réduire le risque de récidive (prévention des rechutes).

Les délinquants sexuels ont souvent tendance à nier leur infraction et sont tout d'abord réfractaires au traitement. Il incombe aux responsables du traitement d'y attirer les clients visés, et le système doit se charger de fournir les facteurs de motivation nécessaires pour encourager les détenus à participer aux programmes.

La continuité du traitement, de l'établissement à la collectivité, est essentielle et pose actuellement un problème. Les programmes fonctionnent généralement de façon isolée; or, il faudrait que les divers organismes qui participent au traitement des délinquants sexuels coordonnent mieux leurs efforts. Ils doivent aussi améliorer le transfert d'information sur les cas.

Le nombre de spécialistes n'est pas suffisant pour répondre à la demande en matière de programmes et il n'existe pas assez de possibilités de formation permettant aux intéressés d'acquérir la compétence nécessaire pour assurer la gestion et le traitement des délinquants sexuels. Il faut augmenter le nombre et l'éventail des programmes. On constate également le manque de recherche sur les résultats du traitement.

Certes, il est nécessaire d'offrir un traitement aux délinquants sexuels; on reconnaît cependant les limites de tels programmes. Les délinquants sexuels dont les préférences sexuelles tendent au sadisme, qui sont violents et qui font un usage de substances intoxicantes ont peu de chances de pouvoir changer. Les progrès marqués au cours de traitements ne se traduisent pas nécessairement par une réduction correspondante du risque d'un comportement violent.

Il reste beaucoup à faire; par contre, on peut en faire beaucoup avec les ressources qui existent déjà. Le Groupe de travail estime que la meilleure solution consiste à adopter un modèle conceptuel qui fournirait un cadre à l'élaboration de programmes dans ce domaine.

Plusieurs recommandations basées sur ce modèle conceptuel sont présentées à partir de la page 33 du présent document.

Introduction

La décision de procéder à un examen des programmes de traitment des délinquants sexuels découle d'un fait tragique survenu à Toronto en janvier 1988. Une jeune femme a été tuée après une agression sexuelle, par un détenu qui, au moment de l'incident, résidait dans un centre communautaire et était illégalement en liberté après une permission de sortir de 48 heures. Une commission d'enquête a été établie sous la présidence de Mme Jane Pepino. Après avoir examiné les circonstances de l'incident, la commission a présenté ses conclusions ainsi que 32 recommandations. La recommandation n° 30 (Rapport Pepino) déclarait:

> *"La Commission recommande que le Gouvernement du Canada ordonne une évaluation complète de l'efficacité de tous les programmes actuels de traitement des délinquants sexuels. Si une telle évaluation indique qu'il n'existe aucun programme efficace à l'heure actuelle, il faudrait envisager de mettre fin à ces programmes et de réaffecter les ressources financières et humaines à des secteurs de recherche dont les résultats sont déjà prometteurs." (page 26).*

La recommandation a été acceptée par le Solliciteur général du Canada, et un groupe de travail a été constitué pour l'appliquer. La proposition concernant la tenue d'une enquête a été présentée à la réunion des chefs des services correctionnels en juin 1988. Elle a été fortement appuyée par les participants. En conséquence, on a nommé des personnes ressources pour ce projet dans toutes les provinces et territoires (voir liste à l'annexe A).

Le Groupe de travail était composé de représentants du Secrétariat (Solliciteur général du Canada), du Service correctionnel du Canada et de la Commission nationale des libérations conditionnelles. La personne ressource du Ministère des services correctionnels de l'Ontario a fait partie du Groupe de travail. Un chercheur sous contrat avec le ministère du Solliciteur général a apporté sa précieuse collaboration (liste des membres du Groupe de travail à l'annexe A.)

Le mandat du Groupe de travail était d'examiner les programmes de traitement offerts actuellement aux délinquants sexuels au Canada, d'examiner les preuves concernant l'efficacité des divers programmes, d'identifier les stratégies susceptibles de donner de bons résultats dans le domaine de la recherche et du perfectionnement, et de présenter des recommandations sur l'élaboration de programmes destinés aux délinquants sexuels.

En rétrospective, le "Mandat" de ce projet (voir annexe B) supposait une situation beaucoup plus avancée qu'elle ne l'était en réalité. On pensait, par exemple, trouver sufffisamment de données évaluatives pour pouvoir présenter des recommandations détaillées et précises en matière de traitement, notamment en ce qui concerne l'appariement des détenus et des programmes. En fait, on a trouvé fort peu d'évaluations officielles des programmes existants.

Il existe quand même, au Canada, un ensemble fort valable de connaissances didactiques sur la question de la gestion et du traitement des délinquants sexuels ainsi qu'un groupe remarquable de spécialistes fort actifs dans ce domaine. Les comptes rendus de recherche et l'opinion des spécialistes forment la base des recommandations du présent rapport.

Le Groupe de travail s'est attaqué aux tâches suivantes:

- examiner de façon exhaustive la documentation publiée sur le traitement des délinquants sexuels;
- inviter la Société canadienne de psychologie et l'Association des psychiatres du Canada à présenter des travaux sur la question;
- communiquer avec d'autres ministères et organismes fédéraux pour obtenir de l'information;
- inviter les représentants des provinces et des territoires à communiquer l'information qu'ils possèdent;
- préparer un "document cadre" pour structurer les discussions sur la gestion et le traitement des délinquants sexuels;
- discuter avec des personnes oeuvrant dans le cadre de programmes reconnus par les personnes ressources des niveaux fédéral et provincial (voir à l'annexe C, la liste des personnes consultées et des programmes soumis au Groupe de travail);
- distribuer un questionnaire en vue de rassembler de l'information systématique sur les programmes faisant l'objet de l'examen;
- analyser et intégrer les résultats; et
- préparer un rapport définitif.

Le Groupe de travail considère le présent rapport comme le début d'un processus qui mènera à l'amélioration du traitement et de la gestion des délinquants sexuels.

Bien que suscitant un intérêt intense depuis quelques années, les problèmes touchant l'infraction sexuelle et la gestion des délinquants sexuels ne sont pas nouveaux. En effet, d'autres commissions et enquêtes ont déjà attiré l'attention sur ces questions, présenté des observations pertinentes et formulé des recommandations. Par exemple, dans sa discussion générale sur les programmes et la réadaptation en milieu carcéral, le Comité Fauteux (1956) déclarait:

> *"Le problème des délinquants contre les moeurs est aussi difficile, mais ce problème relève d'abord de la science médicale. Dernièrement, le public s'est beaucoup préoccupé de ce sujet dans différentes parties du Canada à cause de la publicité qui l'a entouré. Quand quelqu'un commet un crime de ce genre, les gens proposent toutes sortes de solutions, dont quelques-unes sont insensées, en vue de régler le problème. La science médicale est encore incertaine sur le genre de traitement qui peut être efficace, mais il est évident qu'on ne découvrira de traitement efficace que si ces délinquants font l'objet d'une étude spéciale. Nous estimons que les délinquants contre les moeurs devraient être séparés des détenus ordinaires de prison et qu'il faudrait intensifier les recherches en vue de trouver une solution à ce problème." (p. 51).*

Bien qu'en ce qui concerne les délinquants sexuels, elle se soit principalement intéressée aux dispositions législatives, la Commission royale d'enquête sur le droit pénal en matière de psychopathie sexuelle criminelle, a également étudié la question du traitement. Dans son rapport, elle résume sa perception sur la question et les perspectives de traitement en une déclaration intéressante:

> *"Plusieurs témoins qui ont comparu devant nous ont présumé qu'un 'psychopathe sexuel' ou un 'pervers sexuel' souffrait d'un état susceptible de guérison. Aucun témoignage médical entendu ne justifie cette affirmation, et on ne nous a signalé aucune autorité médicale qui semble appuyer une telle prétention. Par contre, comme nous l'indiquerons plus loin, plusieurs médecins qui ont témoigné et qui étaient en mesure de traiter de ce sujet avec beaucoup d'autorité ont été plutôt pessimistes sur les possibilités d'obtenir, de quelque forme connue de traitement, des résultats satisfaisants. D'après eux, il importe que le public comprenne que, dans l'état actuel de la médecine, il n'est pas possible de parler avec assurance de 'guérison' de la catégorie de délinquants qui nous occupe en ce moment." (p. 87).*

Des 17 recommandations de la Commission, deux portent spécialement sur le traitement:

15. Que le Gouvernement du Canada, par des subventions spéciales aux universités et autrement, mette sur pied des programmes de recherche en vue de déterminer les causes des anomalies sexuelles et d'améliorer les méthodes de traitement.

16. Que soient établies, de concert avec les tribunaux et les institutions pénitentiaires, des cliniques spéciales, auxquelles une personne déclarée coupable d'une infraction d'ordre

sexuel puisse être requise de se présenter à des fins d'étude et de traitement. (p. 134).

Depuis les travaux du Comité Fauteux et de la Commission McRuer, nous avons beaucoup appris sur le perpétration de l'infraction sexuelle, comme en témoignent nos conclusions examinées plus loin dans le présent rapport. Ces progrès ne se sont pas réalisés uniquement dans le domaine de la médecine; la science comportementale a également eu un rôle important.

Le Sous-comité parlementaire du système pénitentiaire au Canada (rapport MacGuigan, 1977) déclare qu'au moment de l'examen, moins de 10 p. 100 des délinquants sexuels incarcérés dans les pénitenciers fédéraux suivent un traitement actif et spécialisé. Dans ses recommandations, le Sous-comité affirme que "plusieurs institutions distinctes devraient offrir des programmes destinés aux délinquants sexuels puisque leurs besoins en matière de traitement sont particuliers." (p. 160)

Le Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes (Commission Badgley, 1984) a mené une étude complète sur l'exploitation sexuelle des enfants au Canada. On a ainsi établi que un tiers des femmes et un cinquième des hommes ont été victimes d'infraction sexuelle. Si l'on tient compte des infractions sans contact (par ex. exhibitionnisme), ces taux passent à 53 p. 100 pour les femmes et 31 p. 100 pour les hommes. Ces nombres alarmants n'ont fait que renforcer la préoccupation croissante des Canadiens à l'égard de ce problème.

Suite au travail de la Commission Badgley, un conseiller spécial auprès du Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en matière d'agression sexuelle des enfants, mène actuellement des consultations avec toute une gamme de parties intéressées, en vue de définir l'orientation des initiatives fédérales visant à éliminer, du Canada, le fléau de l'exploitation sexuelle des enfants. Un récent document de discussion (octobre 1988) basé sur ces consultations présentait les conclusions suivantes: a) le public n'est pas suffisamment sensibilisé à la portée et à la gravité du problème; b) il y a beaucoup d'excellents praticiens dans ce domaine, mais ils ne reçoivent pas suffisamment d'aide de la part des systèmes au sein desquels ils travaillent; et c) pour trouver une solution, il faudrait l'engagement des plus hauts paliers de gouvernement et une approche coordonnée réunissant le gouvernement, les organismes non gouvernementaux et les organismes communautaires.

Le rapport du Comité permanent de la Justice et du Solliciteur général sur la détermination de la peine, la mise en liberté sous condition et d'autres aspects du système correctionnel (Rapport Daubney, août 1988) reconnaissait le caractère odieux de l'infraction sexuelle, particulièrement lorsqu'elle implique la violence et la brutalité. Le Comité, qui s'est penché également sur la question du traitement des délinquants sexuels, recommandait "au Service correctionnel du Canada d'augmenter sensiblement le montant des ressources consacrées aux programmes de traitement des délinquants sexuels". (p. 209)

Les enquêtes du coroner (Canada, 1987; Service correctionnel du Canada, 1988) portant sur les circonstances de deux incidents distincts impliquant dans chaque cas un meurtre à caractère sexuel commis par un détenu sous responsabilité fédérale aboutissent aux mêmes conclusions. Toutes deux mettent en évidence des problèmes concernant l'évaluation individuelle, l'accès au traitement et la circulation de l'information sur les détenus parmi les éléments du système de justice pénale. Elles font ressortir également le besoin de mesures adéquates au sein du système de justice pénale.

Bien que notre compréhension des infractions sexuelles se soit beaucoup améliorée depuis les trente dernières années, nous ne connaissons pas de solution simple à ce problème. Comme le mentionne le préambule d'un document présenté au Groupe de travail par la Société canadienne de psychologie:

> *"Les politiques concernant le traitement des délinquants sexuels sont obligatoirement complexes; elles sont simultanément reliées aux politiques de détermination de la peine, de probation et de libération conditionnelle, et aux questions de libertés civiles des détenus, de sécurité communautaire, de droits de la victime et d'efficacité des traitements. Les programmes de traitement pour les délinquants sexuels doivent, par conséquent, être élaborés dans un contexte de politiques variées régissant le sort de l'infracteur. Par ailleurs, les délinquants sexuels sont souvent pris en charge également par des organismes de santé mentale et de services sociaux avant d'être soumis au système de justice pénale ou après l'avoir été ou encore comme solution de rechange à la procédure officielle. Il est clair, par conséquent, que la coordination des politiques concernant le traitement doit tenir compte d'une grande variété d'organismes et d'administrations gouvernementales." (Traduction)*

Depuis quelques années, le nombre de détenus incarcérés dans les pénitenciers fédéraux pour des infractions sexuelles augmente. En 1984, il y en avait 1 385, soit 11,4 p. 100 de la population (source: Services d'information de la gestion, Service correctionnel du Canada). On ne sait pas exactement si cette hausse est due à une augmentation réelle du nombre d'infractions sexuelles ou à des changements dans le système de rapports touchant ce genre de crimes, dans les pratiques de la police ou le fonctionnement des tribunaux ou encore dans les modes de détermination de la peine. De toute manière, depuis cinq ans le nombre d'admissions pour infraction sexuelle dans le système correctionnel fédéral a effectivement augmenté, ce qui a accru la demande d'intervention et de contrôle à l'égard de ces détenus. Cette augmentation se manifeste également au niveau provincial et elle a fréquemment été mentionnée par des praticiens au cours de nos discussions. Parallèlement, on note, de la part du public, une sensibilité accrue à l'égard de ce genre de crime et des attentes plus marquées en ce qui concerne le traitement de ces infracteurs.

Bien que l'on estime à environ 1 400 le nombre de délinquants incarcérés pour infraction sexuelle dans les pénitenciers fédéraux, le nombre de places pour le traitement est de moins de 200. Il est évident que les programmes actuels ne suffisent pas à fournir un traitement à tous les délinquants sexuels pour qui ce serait nécessaire. Cependant, comme nous en discuterons plus loin, le Groupe de travail ne recommande pas simplement une expansion des programmes actuels pour traiter un plus grand nombre de cas. Plutôt, il demande que l'on repense radicalement les politiques à la lumière de ce que nous savons maintenant sur la gestion et le traitement efficaces de ces infracteurs. Comme l'indiqueront nos conclusions, il semble que la prévention des infractions sexuelles exige non seulement des programmes de traitement efficaces, mais plus généralement, une stratégie coordonnée de surveillance et de gestion des délinquants sexuels dans les établissements et dans la collectivité.

La refonte des politiques fédérales doit également avoir lieu dans le contexte de certains thèmes ayant émergé, au cours des dernières années, dans les services correctionnels du Canada. Toutes les juridictions ont démontré un réel intérêt pour l'élaboration de programmes correctionnels dans les établissements et dans la collectivité.

En 1986, la Commission nationale des libérations conditionnelles a entrepris un exercice de planification stratégique qui a amené l'élaboration d'une mission et d'un énoncé de valeurs, de principes et d'objectifs stratégiques à l'appui de la mission ainsi qu'un ensemble de politiques décisionnelles. Selon la mission ainsi établie, l'objectif premier de la Commission consiste à protéger la société par la réintégration des délinquants en tant que citoyens respectueux des lois. Les politiques décisionnelles déterminent des critères guidant l'évaluation du risque et la prise de décision basée sur la catégorie d'infraction. La libération conditionnelle est perçue comme une méthode permettant de gérer la transition du délinquant entre la prison et la collectivité, et de ce fait, de réduire le risque. L'accent est mis sur le risque et sur la participation à des programmes susceptibles de le réduire. Dans le même ordre d'idées, la Commission de libération conditionnelle de l'Ontario a publié récemment un énoncé de mission, de valeurs et de principes.

Le Service correctionnel du Canada a récemment terminé un examen de sa mission et de ses valeurs fondamentales. La mission du SCC stipule que "le Service correctionnel du Canada, en tant que partie du système de justice pénale, contribue à la protection de la société en incitant activement et en aidant les détenus à devenir des citoyens respectueux des lois, tout en exerçant sur eux un contrôle raisonnable, sûr, sécuritaire et humanitaire". Le Service reconnaît qu'il lui incombe de fournir des programmes et des possibilités susceptibles de répondre aux besoins uniques des divers types d'infracteurs et d'aider ceux-ci à modifier leur comportement criminel et à se réintégrer dans la collectivité.

Certains des grands thèmes et des propositions fondamentales présentés par le Groupe de travail du SCC sur les programmes offerts dans les établissements et dans la collectivité ont trait à l'élaboration d'interventions à l'égard de la gestion et du traitement des délinquants

sexuels. Le Groupe de travail a énoncé plusieurs principes qui pourraient servir de cadre à l'élaboration de programmes.

> *"1. Toutes les activités du Service correctionnel du Canada appuieront l'objectif qui consiste à réduire le risque imposé lorsqu'un détenu est libéré dans la collectivité. Le Service suivra une approche d'intervention active à l'égard des services correctionnels.*
>
> *2. Le milieu correctionnel en entier, notamment les établissements et les collectivités, sera orienté vers la modification du comportement criminel du détenu. Tout le personnel du Service correctionnel visera à renforcer ce milieu.*
>
> *3. Le Service traitera chaque délinquant comme un cas particulier. Ayant évalué les risques que celui-ci présente, le Service s'attaquera aux problèmes qui l'ont entraîné à un comportement criminel.*
>
> *4. La collectivité est tenue d'aider à la réinsertion du délinquant; le Service correctionnel du Canada recherchera activement son concours et sa participation pendant la durée de la peine, et l'encouragera ensuite à assurer une aide permanente au délinquant libéré.*
>
> *5. Le délinquant doit assumer la responsabilité de sa conduite."*
> *(p. i, ii)*

La réponse intégrée fondée sur la collectivité, telle que suggérée au principe 4 plus haut, à l'égard de l'infraction sexuelle, est l'un des grands thèmes de pensée qui s'applique actuellement dans ce domaine. Ce thème est fort bien illustré dans l'ensemble de principes énoncés par le Comité de la prévention et du traitement de l'agression sexuelle établi en Nouvelle-Écosse. On y admet que l'exploitation sexuelle est un problème qui concerne la famille, la société, l'hygiène publique, l'éducation et la justice pénale, et que la compartimentation traditionnelle du traitement des victimes, des familles et des délinquants doit être remplacée par une approche coordonnée. Enfin, l'énoncé affirme que chaque participant a le devoir et l'obligation d'élaborer des programmes de prévention, de détection, d'évaluation et de traitement et que chaque participant doit être conscient du rôle des autres et en tenir compte.

On prépare actuellement, dans différentes collectivités et secteurs de compétence, des interventions innovatrices. Il semble que l'importance de traiter le problème de l'infraction sexuelle soit clairement reconnue et l'on remarque une volonté de mettre en place, dans les établissements et dans la collectivité, des programmes qui aideront le détenu à changer. Le

Groupe de travail conclut en disant que l'environnement est favorable à l'élaboration des programmes et que l'on peut effectivement arriver à dispenser des programmes efficaces.

Évaluation et traitement du délinquant sexuel: examen des comptes rendus de recherche

L'examen des ouvrages publiés sur la perpétration de l'infraction sexuelle ne permet de tirer aucune conclusion claire et nette pouvant facilement orienter à elle seule notre conception des traitements correctionnels. Bien que notre niveau de connaissance dans le domaine soit déjà respectable et ne cesse d'augmenter, ce qui amène ces individus à commettre ce genre d'infraction reste encore du domaine de la spéculation, de même que les manières de traiter ou de gérer ceux qui représentent les plus grands risques.

Du point de vue de la sécurité publique et des bonnes pratiques correctionnelles, la gestion et le traitment des délinquants sexuels devraient viser à réduire le risque de récidive. L'évaluation devrait repérer les facteurs de risque reliés à la perpétration d'infraction sexuelle et le traitement devrait porter sur les facteurs de risque susceptibles d'être modifiés. Ainsi, grâce à une surveillance et une gestion efficaces, ce qui reste de risques devrait être réduit au minimum. Cette conceptualisation simple représente un point de départ fort utile. Mais les choses se compliquent lorsqu'il faut en réaliser et coordonner les étapes car cela exige une appréciation très exacte de la nature complexe de l'infraction sexuelle et de la diversité qui caractérise le genre d'individus qui la commettent.

On trouvera plus loin un examen bref de l'état de nos connaissances sur l'évaluation et le traitement des délinquants sexuels. D'autres (Barbaree et Marshall, sous presse; Furby, Weinrott et Blackshaw, 1989; Prentky et Quinsey, 1988) ont analysé la documentation plus en profondeur et de façon plus critique, mais nous ne voulons ici que donner un aperçu général des principaux comptes rendus de recherche.

Évaluation du risque concernant la perpétration de l'infraction sexuelle

Les délinquants sexuels ne sont pas un groupe homogène. C'est là un fait que les spécialistes en la matière soulignent dans toutes leurs discussions sur le traitement ou la prévision du risque de récidive. Différentes caractéristiques des délinquants et des infractions ainsi qu'un certain nombre de circonstances ou de variables situationnelles ont été désignées comme facteurs de risque (Finkelhor, 1984; Howells, 1981; Langevin, 1983; Quinsey, 1984; 1986). On n'a trouvé aucun facteur de risque qui soit sous-jacent, causal ou inhérent à tous les types d'infraction sexuelle. Néanmoins, la recherche met constamment l'accent sur l'importance relative de certains facteurs particuliers.

Les facteurs de risque pour lesquels le support empirique est le plus solide sont ceux qui ont trait aux infractions antérieures. Ce sont les déviances sexuelles multiples, l'usage de la force, l'exhibitionnisme, et les victimes: enfants de sexe masculin, des jeunes, des personnes inconnues. L'importance des infractions antérieures vient surtout du fait qu'elles sont reliées aux risques de récidive. A cause de cela, il faut en tenir compte systématiquement

lorsqu'on établit les priorités d'intervention et lorsqu'on décide de la nature et du niveau de contrôle nécessaire pour réduire le plus possible les risques à la suite d'un traitement. Ces facteurs sont également importants pour la conception des stratégies de traitement. Par exemple, les antécédents du sujet ne peuvent évidemment pas être modifés par le traitement, mais leur présence peut signaler d'autres facteurs susceptibles d'être traités. Par exemple, des antécédents d'infraction sexuelle contre de jeunes garçons indiquent clairement des préférences sexuelles déviantes.

Les facteurs de risque susceptibles d'être touchés par des régimes particuliers de traitement ou de supervision ne sont pas encore clairement définis. Voir au tableau 1 une liste partielle de ces facteurs. Ils sont groupés comme suit: 1) dispositions individuelles pouvant motiver une infraction sexuelle, 2) facteurs pouvant bloquer la possibilité de gratification sexuelle normale, 3) facteurs désinhibants permettant l'actualisation de fantaisies sexuelles déviantes; 4) facteurs pouvant inhiber une excitation sexuelle déviante.

Tableau 1

Facteurs de risque pouvant justifier une intervention.

facteurs de motivation	désir sexuel; désir sexuel déviant, imprégnation cérébrale du plaisir sexuel, besoins affectifs et conflits émotionnels, p. ex., dominance, haine, acceptation, agression, nurturance, etc.
entraves à l'assouvissement des désirs sexuels légitimes	QI faible, personnalité peu attirante, faible affirmation de soi, aptitudes sociales faibles, vues étroites concernant la sexualité, manque de connaissances sur la sexualité, dysfonctions sexuelles, absence de partenaires sexuels convenables, difficultés conjugales.
facteurs de désinhibition	toxicomanie, usage de pornographie, modèles (victimisation de l'enfance), distortions cognitives sexuelles déviantes (mythes concernant le viol, rejet du blâme sur la victime), attitudes valorisant la violence, mode de vie antisocial, psychopathie, psychose, lésion ou pathologie cérébrale.
facteurs inhibiteurs	valeurs morales, empathie pour la victime, aversion à l'égard de la violence, peur des conséquences, peines prévues par la loi, incarcération, absence de victimes possibles, résistance des victimes.

Les délinquants sexuels peuvent être très différents les uns des autres en ce qui concerne le nombre et la gravité des risques ou des besoins pouvant faire l'objet d'une intervention donnée. Par exemple, un infracteur dont l'orientation sexuelle est normale, qui dispose de moyens suffisants d'assouvir ses désirs sexuels, a une faible capacité d'empathie et présente un mode de vie antisocial peut, si l'occasion se présente, violer une femme au cours d'un vol. Par contre, un homme qui a une préférence pour les garçons, des aptitudes sociales faibles, des valeurs sexuelles déviantes et horreur de la violence attirera des enfants dans des relations sexuelles à long terme que lui-même percevra comme acceptées de bon gré par la victime.

Les préférences sexuelles déviantes sont généralement évaluées par entrevue, histoire de la sexualité du sujet et phallométrie (mesure physiologique de l'excitation sexuelle). La version du sujet et mesures phallométriques ne correspondant pas toujours, la recherche recommande de réunir de l'information à partir de plusieurs sources (Wormith, 1985). Bien qu'elle ne soit pas forcément exempte de manipulation consciente de la part du sujet, la phallométrie est généralement considérée comme un facteur important dans l'évaluation des délinquants sexuels (Freund, Watsonet et Rienzo, 1988; Quinsey et Chaplin, 1988; Quinsey et Marshall, 1983).

Pour l'évaluation des facteurs, on dispose de différentes mesures reconnues comme les aptitudes sociales, les attitudes à l'égard de l'agression sexuelle et de la violence et autres valeurs et croyances pouvant être reliées à la déviance sexuelle (par ex. rejet du blâme sur la victime). Le point essentiel est que les comptes rendus de recherche semblent appuyer le principe d'une évaluation exhaustive et susceptible de couvrir toute une gamme de facteurs de risque et de besoin pertinents et traitables.

De nombreuses études de cas illustrent la contribution de chacun de ces facteurs à la perpétration de l'infraction sexuelle (Langevin, 1983). Bien qu'il y ait eu relativement peu de recherches conçues pour faire ressortir l'importance relative de ces facteurs dans la récidive, l'évidence va croissant. Prenons pour exemple le suivi effectué par Frisbie, en Californie (1969), sur des délinquants sexuels.

D'après Frisbie, la récidive serait associée à un usage excessif d'alcool, à l'attirance pour les enfants, à des valeurs morales non orthodoxes, à l'incapacité d'établir des relations significatives avec des femmes. D'autres axent leurs recherches sur l'évaluation des changements dans les préférences sexuelles déviantes comme résultat de traitement. Dans plusieurs études, les détenus les plus susceptibles de récidiver à la suite de traitement n'avaient pas réussi à atteindre l'abaissement souhaité dans la mesure de l'excitation déviante (Lang, Lloyd, et Figia, 1985; Quinsey, Chaplin et Corrigan, 1980). Toutefois, ce genre d'évaluation phallométrique de l'excitation déviante ne va pas sans problème et certaines études n'ont pas trouvé de lien entre elle et la récidive (Barbaree et Marshall, sous presse; Gordon et Bergen, 1988).

Comme ces facteurs ne sont pas tous facilement traitables, il y a d'autres complications. Par exemple, un grand nombre de thérapies de groupe visant les facultés cognitives ou basées sur l'expression orale, ne donneront peut-être pas de bons résultats auprès des délinquants peu intelligents ou souffrant de psychose ou de lésions cérébrales. La récidive, en ce qui concerne l'infraction sexuelle, est clairement liée à la psychopathie (Abel, Mittelman, Becker, Rathner et Rouleau, 1988; Fitch, 1962; Tracy, Donnelly, Morgenbesser et Macdonald, 1983; Wormith et Rhul, 1986), mais la psychopathie est elle-même extrêmement difficile à traiter. De toute façon, les programmes de traitement doivent être suffisamment complets pour couvrir à peu près tous les problèmes dont souffrent la plupart des détenus.

Un bon nombre de facteurs de risque ou de besoin mentionnés au tableau 1 ne sont pas particuliers aux délinquants sexuels. L'alcoolisme, les difficultés conjugales, les aptitudes sociales faibles et même les antécédents de délinquance sexuelle se retrouvent fréquemment dans les populations carcérales et les populations de malades mentaux. Les deux facteurs les plus particuliers aux délinquants sexuels sont les préférences sexuelles déviantes et les distortions cognitives qui appuient la sexualité déviante (Barbaree et Marshall, 1988). Le traitement de ces facteurs particuliers a reçu beaucoup d'attention dans les comptes rendus de recherches. Les prochaines sections examinent quelques-unes des principales conclusions sur l'efficacité du traitement.

Traitement organique des préférences sexuelles déviantes

On a proposé plusieurs modes de traitement organique pour corriger les impulsions sexuelles déviantes, notamment la médication antiandrogène, la castration et la psychochirurgie (Bradford, 1985, 1988a). La psychochirurgie n'a jamais été vraiment utilisée, la nécessité d'une mesure aussi invasive ayant été mise en question sur le plan déontologique. La castration (ablation des testicules) a beaucoup été utilisée dans le nord de l'Europe (Le Maire, 1956). Le Danemark a été le premier pays à prendre, en 1929, des dispositions législatives concernant la castration non volontaire des délinquants sexuels. Certaines études (Bradford, 1985, 1988a; Cheney, 1986) concluent que cette méthode est hautement efficace contre le risque de récidive. D'autres (Barbaree et Marshall, sous presse; Heim et Hursch, 1979) estiment que son utilité est discutable et que d'autres approches seraient tout aussi valables. L'efficacité de la castration tiendrait à la diminution du niveau de testostérone, puisque les testicules assurent 95 p. 100 de la production de testostérone (Bradford, 1985). La castration entraîne souvent des effets secondaires importants notamment l'obésité, l'ostéoporose et la gynécomastie (augmentation de volume des seins) (Bradford, 1985). Il est peu probable que cette méthode soit jamais très utilisée à cause de sa nature invasive et de son efficacité controversée.

La "castration temporaire" réalisée par l'administration de médicaments antiandrogènes est une approche plus intéressante. Les deux principaux produits employés sont l'acétate de médroxyprogestérone (MPA) et l'acétate de cryprotérone (CPA) (Cooper, 1986). On a effectué également des recherches préliminaires en utilisant l'agoniste de

l'hormone de libération de la lutéinostimuline (LHRH) avec la flutamide antiandrogène. (Rousseau, Couture, Dupont, Labrie et Couture, sous presse). Le MPA et le CPA bloquent l'activité des androgènes endogènes et réduisent la testostérone sérique (Bradford, 1988b). Une bonne partie des recherches menées sur ces composés sont du type étude de cas, comme celles présentées par Berlin et Meinecke (1981). Les chercheurs ont observé que les délinquants sexuels soumis à un traitement par MPA ont peu de récidives. Toutefois, 10 des 11 délinquants qui avaient mis fin prématurément au traitement ont commis de nouvelles infractions.

L'un des problèmes que l'on rencontre dans le maintien du traitement par MPA a trait à la réticence des sujets. Par exemple, Langevin et ses collègues (1979) ont trouvé que le taux d'abandon chez les sujets traités par MPA était extrêmement élevé, mais diminuait si l'administration de médicaments était complétée par d'autres traitements. Hucker, Langevin et Bain (1988) trouvent que, sur 100 délinquants sexuels interrogés, 11 seulement ont mené jusqu'au bout un traitement d'essai de 3 mois par MPA ou placebo. Les principaux effets secondaires du MPA sont l'insomnie, le diabète bénin, la prise de poids, la fatigue, la disparition du système pileux et la dépression bénigne (Cooper 1986). Ces effets secondaires ne sont pas très marqués en cas d'utilisation à court terme; à long terme, ils sont encore inconnus.

Comme pour le MPA, les études de cas non contrôlées sur CPA démontrent des réductions dans la déviance sexuelle (Cooper, 1986). Au cours d'une étude contrôlée avec du placebo, Cooper (1981) démontre que le CPA est un traitement efficace de l'hypersexualité. Les résultats préliminaires d'une étude à double insu menée par Bradford (1988b) démontrent que le CPA réduit les hormones sexuelles, et diminue l'intérêt et l'excitation sexuels. Toutefois, il semble y avoir un effet de rebond lorsque le CPA est cessé soudainement. Bradford et Pawlak (1987) signalent une étude de cas dans laquelle le CPA a effectivement éliminé l'excitation sexuelle déviante, mais maintenu l'excitation à l'égard de l'activité hétérosexuelle avec partenaire consentant. A court terme, les effets secondaires du CPA sont, notamment, la disparition du système pileux, la diminution de la production de sebum et la gynécomastie. Les effets de l'utilisation prolongée du CPA n'ont pas encore été déterminés (Cooper, 1986).

Les chercheurs n'établissent généralement pas de lien direct entre le niveau de testostérone et la fréquence de l'activité sexuelle masculine (Barbaree et Marshall, sous presse; Cooper, 1986; Langevin, 1983). En fait, un niveau minimal semble requis, au-dessus duquel, l'activité sexuelle serait principalement motivée par la personnalité et les facteurs sociaux. Il existe cependant un petit nombre d'hommes chez qui un niveau de testostérone très élevé entraîne une hypersexualité. Dans ces cas, un médicament antiandrogène serait tout indiqué. La diminution de l'excitation signalée par les clients soumis à un médicament antiandrogène pourrait être reliée à des effets du système nerveux central plutôt qu'à la modification du taux de testostérone sérique (Cooper, 1986). Les médicaments antiandrogènes peuvent diminuer la motivation sexuelle, mais nous n'avons que des preuves

préliminaires qu'ils puissent modifier l'orientation des intérêts sexuels déviants. D'après Cooper, le MPA et le CPA auront plus de chance d'être efficaces si la participation du client est réellement volontaire et lorsque il s'agit d'un hypersexuel non psychopathe et exempt de troubles de la personnalité.

Traitement psychologique des préférences sexuelles déviantes

La plupart des spécialistes conviennent qu'une grande part des facteurs de risque d'infraction sexuelle, comme les préférences sexuelles déviantes, ne peuvent être complètement éliminés, mais qu'au mieux on peut les contrôler ou les gérer. Par conséquent, le traitement ne devrait pas être axé sur des efforts à court terme visant à "guérir". Il devrait plutôt s'efforcer d'élaborer des stratégies permanentes pour identifier et gérer le risque de récidive (prévention des rechutes). C'est ce qu'exprime un commentaire de Richard Laws dans le cadre des délibérations de la New York Academy of Sciences Conference on Sexual Aggression:

> *"Il est plus important peut-être de reconnaître que la phase critique se passe après l'administration du traitement. Les suivis à long terme sont donc essentiels. On peut gérer la déviance sexuelle, mais il est fort peu probable qu'on puisse la faire disparaître. Il n'y a pas de technique miracle pour ce problème. Comme l'a dit un des présentateurs, la thérapie peut officiellement prendre fin, mais l'entretien est pour toujours." (Prentky et Quinsey, 1988).*

La modification des attitudes et des intérêts sexuels déviants est le but immédiat du traitment. La plupart des programmes comportementaux et psychologiques visant à effectuer des changements dans ces secteurs sont d'orientation multimodale et traitent différents aspects du fonctionnement du délinquant. Sur ces programmes, l'évaluation n'est pas allée très loin, mais la recherche dont on dispose peut néanmoins donner une certaine orientation concernant leur efficacité.

Les programmes sont généralement classés comme programmes cognitivo-comportementaux (Barbaree et Marshall, sous presse; Abel et al., 1981), programmes de prévention des rechutes (Pithers, Marques, Gibat et Marlatt, 1983) et programmes d'auto-assistance guidés (Saylor, 1979). Les programmes cognitivo-comportementaux sont généralement à court terme, ils consistent en éducation sexuelle, en formation aux aptitudes sociales et en techniques pour la gestion des stimulations déviantes et des fantasmes. Dans les programmes de prévention de rechutes, les délinquants reconnaissent les indicateurs de risque associés à leur cycle de criminalité, puis apprennent des techniques leur permettant d'éviter ou de gérer les situations dangereuses. Les programmes d'auto-assistance guidés cherchent à rehausser la connaissance de soi et à sensibiliser le délinquant aux causes de sa déviance. Cette auto-exploration se fait principalement dans le cadre d'une thérapie de groupe. Les

programmes internes, comme le programme de Fort Steilacoom à Washington, combinent l'expérience de groupe intensive avec la thérapie de milieu (Saylor, 1979). Les programmes externes comportent souvent des réunions de groupe hebdomadaires (Romero et Williams, 1983).

Un des buts communs de beaucoup de ces programmes est la diminution de l'excitation sexuelle déviante. On s'est servi de diverses techniques de thérapie comportementale pour obtenir des modifications à court terme dans la réactivité sexuelle déviante. Ces techniques comprennent la sensibilisation cachée (Barlow, Leitenberg et Agras, 1969; Brownell, Hayes et Barlow, 1977; Maletzky, 1980), le conditionnement aversif (Callahan et Leitenberg, 1973), le biofeedback (Laws, 1980) et le rassasiement (Marshall, 1979). Bien que l'on n'en sache pas très long sur la capacité de ces méthodes concernant les changements à long terme dans les modes d'excitation, on dispose de preuves intéressantes. Par exemple, l'examen de Kelly (1982) portant sur 32 études de traitement orienté sur le comportement montre une réduction dans le besoin impérieux d'agresser sexuellement des enfants chez 95 délinquants sur 121. L'analyse des procédés de traitement comportemental de l'excitation suggère qu'on peut interpréter ceux-ci comme des techniques visant à repérer les impulsions sexuelles et à les contrôler (Laws, 1980). En tant que telles, ils ne devraient pas être considérés comme des traitements uniques pouvant amener des changements permanents.

Les essais en vue de modifier certaines des croyances et des attitudes déformées des délinquants sexuels sont un autre élément commun des programmes orientés sur le comportement (Abel, Becker et Cunningham-Rathner, 1984; Langevin et Lang, 1985; Scully et Marolla, 1981). Ces attitudes consistent, par exemple, à penser qu'un enfant consent à avoir des relations sexuelles avec un adulte, que les attouchements ne constituent pas une agression sexuelle et que les victimes d'agression sexuelle sont responsables de ce qui leur arrive. Ce genre d'attitude fait fréquement l'objet du traitement (Abel, Becker, Cunningham-Rathner, Rouleau, Kaplan et Reich, 1981; Barbaree et Marshall, 1988; Giarretto, 1982; Langevin et Lang, 1985) et pendant le traitement, les délinquants manifestent souvent des attitudes moins déviantes et un sens plus fort de leur responsabilité personnelle à l'égard des infractions qu'ils ont commises (Gordon et Bergen, 1988; McGaghy, 1967; Sagatun, 1982). Les choses sont constamment compliquées par le fait que les sujets ont tendance à modifier leur compte rendu de manière à répondre aux attentes du thérapeute afin de sembler guéris et d'être libérés (McCaghy, 1967; 1980; Taylor, 1972). Sagatun (1982) remarque que les délinquants qui suivent un traitement sur ordonnance du tribunal manifestent généralement un sens plus élevé de leur responsabilité à l'égard de l'infraction que ceux qui suivent le traitement volontairement. Quinsey (1987) avance également que la version du délinquant peut ne pas réfléter un rôle important dans l'infraction sexuelle. Il fonde son argument sur la forte similarité entre les versions de crimes sexuels données par des délinquants et par celles données par des non-délinquants. Néanmoins, si l'on tient compte des résultats de Frisbie (1969) indiquant que la récidive est reliée à des valeurs morales non orthodoxes, les attitudes sexuelles déviantes sont certainment une cible importante pour le traitement.

Traitement et récidive

La recherche sur les résultats des programmes de traitement pour les délinquants sexuels est une entreprise difficile. Les méthodologies de recherche les plus informatives (par ex. détermination aléatoire du traitement) sont contraires à l'éthique lorsqu'il s'agit de populations à risque élevé, de même que le fait de relâcher des délinquants à haut risque, leur donnant ainsi la possibilité de récidiver. On peut également évaluer le taux de récidive d'un groupe de traitement en regard du taux de base attendu d'un groupe de comparaison approprié.

De grandes études sur la récidive des délinquants sexuels ont été menées en Grande-Bretagne par Fitch (1962) et par Gibbens, Soothill, et Way (1978; 1981; Gibbens, Way et Soothill, 1977; Soothill et Gibbens, 1978; Soothill, Jack et Gibbens, 1976), au Danemark par Christiensen, Elers-Nielsen, Le Maire et Sturup (1965) et en Norvège par Grunfeld et Noreik (1986). Ces études comportaient un suivi à long terme (de 10 à 24 ans) des délinquants sexuels qui, généralement, n'avaient bénéficié d'aucune thérapie systématique.

Sur les 4 347 délinquants examinés dans ces études, 570 (soit 13 p. 100) ont été condamnés à nouveau pour des infractions sexuelles ou violentes. Le nombre de nouvelles infractions tend à augmenter progressivement sur une période de 10 ans. Le schéma des résultats semble raisonnablement consistant parmi toutes ces études. Les délinquants sans antécédent d'infraction sexuelle sont condamnés à nouveau pour une infraction sexuelle ou violente dans 9 p. 100 des cas. Pour ceux qui ont des antécédents d'infraction sexuelle, le taux de récidive est de 28 p. 100. Ceux qui se sont attaqués à des enfants tendent à avoir un taux de récidive inférieur (14 p. 100) à celui des violeurs (21 p. 100). Les délinquants qui s'en sont pris à des garçons ont toutefois un taux de récidive relativement plus élevé (40 p. 100) bien que ce résultat soit basé sur un nombre limité de délinquants (62). En général, les récidivistes ont tendance à répéter l'infraction pour laquelle ils ont déjà été condamnés.

Le taux de récidive basé sur les nouvelles condamnations aura tendance à sous-estimer le taux de nouvelles infractions sexuelles car beaucoup, particulièrement celles contre des enfants, ne sont pas signalées. Marshall et Barbaree (1988) trouvent que les taux de nouvelles infractions basés sur des sources non officielles sont 2,5 fois plus élevés que les taux de nouvelles condamnations. Nombre de pédophiles font état de centaines d'infractions dont ils n'ont jamais été accusés (Abel, Becker, Mittelman, Cunningham-Rathner, Rouleau et Murphy, 1987).

On a trouvé cinq études qui évaluent l'efficacité du traitement à l'aide de groupes de comparaison. Trois de ces programmes (Marshall et Barbaree, 1988; Davidson, 1984; Steffy et Gauthier, 1976) sont des programmes cognitivo-comportementaux complets, un autre (Romero et Williams, 1983) consiste en une thérapie de groupe externe pour les délinquants en probation, et le dernier (Nutbrown et Stasiak, 1987) porte sur un établissement pour les délinquants sous responsabilité provinciale (ICO). Celle de Romero et Williams (1983)

étant la seule à se servir de la détermination aléatoire du traitement, la sélection de groupes de comparaison dans les autres études comporte donc une forme ou une autre de compromis. Treize autres études fournissent des données de suivi sur des délinquants traités par diverses méthodes. Quatre de ces études examinent les délinquants traités à l'Atascadero State Hospital de Californie (Dix, 1976; Frisbie, 1969; Frisbie et Dondis, 1965; Sturgeon et Taylor, 1980), et deux suivent des patients du programme de Fort Steilacoom dans l'État de Washington (Hall, 1988; Saylor, 1979). Les autres suivent les patients de divers programmes comportementaux (Abel et al., 1988; Gordon et Bergen, 1988; Maletsky, 1980; Quinsey et al., 1980), un programme de prévention des rechutes (Pithers, Kashima, Cumming, Beal et Buell, 1988), et deux autres programmes de traitement (Cabeen et Coleman, 1961; Lang, Pugh et Langevin, 1988). Le tableau 2 décrit ces études.

Les trois programmes cognitivo-comportementaux qui ont recours à des groupes de comparaison indiquent tous des résultats intéressants. En moyenne, dans les trois études, le taux de récidive du groupe traité était de 10,2 p. 100 alors que le taux pour le groupe de comparaison était d'environ 25 p. 100. Vingt-deux pour cent des infracteurs sexuels violents traités à l'ICO (Nutbrown et Stasiak, 1987) ont été à nouveau condamnés (y compris des infractions non sexuelles et non violentes), ce qui est notablement inférieur au taux de 54,5 p. 100 pour le groupe de comparaison. Pour les études qui ont recours à un groupe de comparaison, Romero et Williams (1983) sont les seuls à ne pas trouver d'effet au traitement. Le taux de récidive est faible pour les délinquants en thérapie de groupe externe (13,5 p. 100) et pour ceux en probation (7,2 p. 100).

Les autres études que nous devons examiner n'ont pas fait appel à des groupes de comparaison. Par conséquent, leurs taux de récidive doivent être comparés avec les taux trouvés dans les autres études. L'une des comparaisons est faite avec le taux de base de nouvelles infractions sexuelles ou violentes trouvé dans les groupes non traités des études précédentes - environ 25 p. 100. Ce taux est semblable au taux de base chez les récidivistes non traités (approximativement 28 p. 100).

Le plus vaste suivi de délinquants traités a été effectué sur les délinquants libérés de l'Atascadero Hospital de Californie (Dix, 1976; Frisbie, 1969; Frisbie et Dondis, 1965; Sturgeon et Taylor, 1980).

Les patients traités à Atascadero sont classés dans la catégorie des délinquants sexuels atteints de maladie mentale (DSMM) et peuvent par conséquent être retenus pendant une période indéterminée. Un détenu est classé DSMM si deux psychiatres jugent qu'il souffre d'un déséquilibre qui le prédispose à commettre d'autres infractions de nature sexuelle. La majorité des personnes classées dans la catégorie des DSMM sont des hommes reconnus coupables d'actes sexuels sans violence contre des enfants. Pour environ 50 p. 100 d'entre eux, il s'agissait de la première condamnation pour une infraction d'ordre sexuel (Dix, 1976). En pratique, la plupart des hommes admis ont participé en moyenne pendant dix-huit mois au programme, axé principalement sur la thérapie situationnelle et une thérapie de groupe

Tableau 2

Programmes de traitement pour les délinquants sexuels

Programme	Population	Suivi	Taux de récidive
Abel et al., (1988) comportemental, 6-12 mois consultation externe	mixte 35 % d'abandon	1 an autodéclaration	12.2 % (12/98)
Marshall et Barbaree (1988) comportemental, 4 mois consultation externe	agresseurs d'enfants groupe de comparaison non traité	44 mois	14.1% (9/64) 32.0% (17/53)
Cabeen et Coleman (1961) milieu, groupe, visite familiale,hospitalisation	DSMM libérés comme non dangereux	18 mois	3.8% (3/79)
Davidson (1984) comportemental, 5 mois prison	agresseurs d'enfants groupe de comparaison non traité	5 ans	est. 6.2% (2/36) est. 28.1% (10/36)
Gordon et Bergen (1988) comportemental, 5 mois hospitalisation	mixte (fédéral)	22 mois	12.3% (16/130)
Lang et al. (1988) Alberta Hospital	coupables d'inceste/ pédophiles hétérosexuels	3 ans	11.8% (6/51)
Maletsky (1980) comportemental, 6 mois et suivi, consultation externe	agresseurs d'enfants exhibitionnistes	36 mois	11.0% (11/100)
Nutbrown et Stasiak (1987) ICO, établissement de traitement correctionnel	délinquants sexuels violents témoins appariés	3 ans (n'importe quelle infraction)	22.0% (13/59) 54.5% (6/11)
Pithers et al. (1988) prévention de la rechute consultation externe hospitalisation	mixte (aucun coupable de meurtre sexuel)	> 1 an	4.0% (5/124)
Quinsey et al. (1980) comportemental, hospitalisation	agresseurs d'enfants	29 mois	20.0% (6/30)
Romero et Williams (1983) groupe, consultation externe	mixte groupe de comparaison	10 ans (probation)	13.5% (20/148) 7.2% (6/83)
Steffy et Gauthier (1978) comportemental, 5 mois hospitalisation, prison	agresseurs d'enfants 33 % 1ère infraction 64 % victimes de sexe masculin	5 - 8 ans	10.4% (12/125)

Programme	Population	Suivi	Taux de récidive
	groupe de comparaison non traité		24.5% (11/45)
Atascadero			
1. Dix (1976) milieu, groupe 18 mois, hospitalisation	DSMM libérés comme non dangereux	7 ans	20.8% (5/24)
	groupes de comparaison		
	1. DSMM, traités, non sûrs		16.7% (1/6)
	2. DSMM, non traitables		11.8% (2/17)
	3. non DSMM		14.3% (1/7)
2. Frisbie (1969) milieu, groupe 18 mois, hospitalisation	DSMM libérés comme non dangereux	3-4 ans	24.4% (41/168)
	groupes de comparaison		
	1. non DSMM ou non traitables		9.5% (8/84)
	2. en prison, non évalués		16.9% (13/77)
	3. en probation, non évalués		10.1% (29/288)
3. Frisbie et Dondis (1965) milieu, groupe 18 mois, hospitalisation	DSMM libérés comme non dangereux	6 ans	20.0% (385/1921)
4. Sturgeon et Taylor (1980) milieu, groupe 18 mois, hospitalisation	DSMM libérés comme non dangereux	5 ans	11.7% (21/180)
	groupes de comparaison		
	1. DSMM, traités, non sûrs		23.8% (19/80)
	2. non DSMM		24.6% (30/122)
Fort Steilacoom			
1. Saylor (1979) milieu, groupe 22 mois hospitalisation	mixte terminé avec succès 65 % 1ère infraction 18 % victimes de sexe masculin 23 % viols	à 72 mois	21.1% (89/402) (89/402)
2. Hall (1988)	DSMM libérés comme non dangereux DSMM, traités non sûrs	5 ans	20.4% (19/93) 24.4% (20/82)

Remarque. DSMM signifie "délinquant sexuel atteint de maladie mentale" tel que classifié par la loi de la Californie et de l'Etat de Washington.

relativement peu structurée. L'infracteur classé DSMM qui n'est pas prêt à se soumettre au traitement est renvoyé aux tribunaux et habituellement condamné à une peine d'emprisonnement allant de 2 à 4 ans. Le taux de récidive moyen dans les quatre études pour les DSMM traités, jugés guéris et mis en liberté est de 19,7 p. 100 (N=2 293). Le taux de récidive pour les DSMM qui n'ont pas tiré profit du traitement est de 19,4 p. 100 (N=180).

Les cliniciens responsables du programme à Fort Steilacoom éprouvent aussi beaucoup de difficultés à reconnaître les infracteurs qui risquent de récidiver (Hall, 1988). Le taux de récidive des détenus jugés guéris (21,8 p. 100) n'est pas très éloigné du taux de récidive de 24,4 p. 100 constaté chez les infracteurs qui ne réagissent pas au traitement (Hall, 1988; Saylor, 1979). Hall (1988) avance que les problèmes de prédiction de la récidive sont associés à l'utilisation dans le cadre du programme d'un modèle "moral". Il préconise le recours au modèle de prévention des rechutes employé par Pither et al. (1988). Les données préliminaires sur le programme de Pither montrent un taux de récidive de 4,0 p. 100. Les cliniciens à Atascadero ont aussi adopté récemment un modèle semblable afin d'obtenir un mode de traitement efficace (Marques, 1988).

Exception faite de Quinsey et al. (1980) qui ont constaté un taux de récidive de 20 p. 100, toutes les autres études (Abel et al., 1988; Cabeen et Coleman, 1961; Gordon et Bergen, 1988; Lang et al., 1988; Maletzky, 1980) trouvent des taux de récidive inférieurs à 15 p. 100, la moyenne étant de 11 p. 100. Les taux de récidive enregistrés pour les infracteurs traités dans le cadre de ces programmes semblent être plus faibles que les taux de base prévus, même dans le cas de Quinsey et al. (1980) qui ont traité des individus gravement déséquilibrés.

Conclusion

Il est donc raisonnable de conclure d'après la documentation étudiée qu'un programme de traitement peut réduire le taux de récidive pour les infractions d'ordre sexuel, le faisant passer de 25 p. 100 à 10-15 p. 100. Aucune méthode ne peut garantir un succès total. Les médicaments antiandrogènes (MPA, CPA) semblent efficaces, mais les stratégies de traitement doivent voir à ce que les délinquants poursuivent le programme et prendre en considération la gestion des détenus quand cesse l'administration des médicaments. Sont jugés particulièrement prometteurs à l'heure actuelle les programmes structurés qui tiennent compte d'un large éventail de facteurs de risque et de besoins chez les délinquants sexuels et qui comprennent des composantes visant la prévention des rechutes.

Constatations

Au cours de ses rencontres avec les intervenants qui traitent les délinquants sexuels, le Groupe de travail a recueilli une quantité considérable d'informations sur les programmes de traitement au Canada. Les évaluations en bonne et due forme de ces programmes sont restreintes, mais les prises de contact ont été d'un grand secours pour déterminer quelles orientations il est préférable de donner à l'élaboration de programmes et pour cerner les obstacles qui nuisent à la prestation efficace des services. Certaines préoccupations sont propres à des collectivités particulières. D'autres cependant se retrouvent, sinon dans toutes les régions étudiées, du moins dans bon nombre d'entre elles. La présente section du rapport donne un aperçu des constatations du Groupe de travail dans dix domaines importants, ainsi qu'un résumé des principaux besoins ou problèmes qu'il a décelés.

1. Informations pour faire l'évaluation

Des renseignements détaillés sur les antécédents des délinquants sexuels sont essentiels à l'évaluation des cas et à leur gestion efficace. Or, il est souvent difficile d'obtenir ces renseignements. Les délinquants sexuels, surtout ceux qui sont violents, ont tendance à nier et à déformer les faits. Les cliniciens en général ne savent pas très bien comment avoir accès aux casiers judiciaires d'adolescents et ils connaissent mal la Loi sur les jeunes contrevenants. Les renseignements sur les jeunes contrevenants sont donc souvent obtenus par voie non officielle et ne sont pas fournis systématiquement. De nombreux intervenants affirment que les détenus divulguent souvent des renseignements relatifs à l'infraction qui ne figurent dans aucun dossier officiel.

Il est généralement possible d'obtenir des évaluations antérieures et les dossiers de la police, mais seulement au prix de grands efforts. Une étude montre que 50 p. 100 environ des détenus avaient été identifiés comme délinquants sexuels avant leur évaluation dans le cadre du programme de traitement. Les personnes interrogées estiment que les évaluations sont généralement utiles, mais celles-ci ne sont disponibles que dans environ 60 p. 100 des cas.

Les transferts d'informations entre les organismes sont habituellement lents et les renseignements incomplets. Les rapports de traitements ou d'évaluations antérieurs restent souvent dans l'oubli à moins que le détenu ne signale l'existence de ces dossiers. On s'inquiète également de ce que certains hommes qui ont commis une infraction d'ordre sexuel soient condamnés pour un crime moins grave, par ex. des voies de fait, et ne soient par conséquent pas identifiés comme des délinquants sexuels.

Il semble donc nécessaire de mieux organiser les échanges d'information entre le système judiciaire, le secteur correctionnel et les divers organismes de la santé et des services sociaux.

Il est possible d'améliorer l'évaluation des délinquants sexuels en prévoyant un transfert systématique d'information entre les organismes responsables de l'identification, du traitement et de la gestion de ces individus.

2. Recrutement des sujets

Un problème a été soulevé à maintes reprises par les intervenants interrogés: le recrutement de la clientèle des programmes de traitement. La dénégation est un facteur important dans le comportement des délinquants sexuels. Au départ, peu reconnaissent avoir commis une infraction ou admettent ouvertement avoir besoin de traitement.

De nombreuses raisons expliquent pourquoi les délinquants sexuels sont réfractaires au traitement. Il est dangereux pour les infracteurs en établissement d'être étiquetés comme délinquants sexuels parce qu'ils risquent alors souvent de se faire des ennemis parmi les autres détenus. D'autres facteurs peuvent pousser les délinquants sexuels à nier leur crime, notamment la honte, le refus de renoncer à l'assouvissement apporté par l'acte commis, le découragement devant la difficulté de changer et la méconnaissance du traitement.

Il ressort clairement de nos rencontres avec les intervenants qu'il faut encourager activement les délinquants sexuels à participer au traitement et qu'il faut s'efforcer de venir à bout de la résistance initiale au traitement. En conformité avec le principe du consentement éclairé, on estime essentiel que le professionnel explique au délinquant les avantages et les risques associés au fait tant de suivre le traitement que de ne pas le subir.

La dénégation de l'infraction sexuelle est un problème important et le recrutement des délinquants sexuels dans les programmes de traitement constitue un défi particulier que doivent relever les spécialistes du domaine.

3. Communication entre professionnels

Nos rencontres avec les spécialistes qui travaillent auprès des délinquants sexuels nous ont permis de constater qu'il y a au Canada une expertise considérable dans ce domaine et que beaucoup de spécialistes sont hautement dévoués à leurs tâches. Toutefois, il est clair aussi que ces compétences ne sont pas réparties également dans les différentes collectivités. Dans certains programmes, on a déployé de vastes efforts pour mettre sur pied des méthodes de traitement qui, ailleurs, sont tout à fait inconnues. Les écarts sont particulièrement marqués entre les programmes réalisés par les différentes compétences (par exemple entre les services de santé mentale provinciaux et le secteur correctionnel fédéral), mais on constate aussi des différences entre les ressources de traitement relevant du SCC. Une thérapeute a même avoué avoir adopté une technique employée dans un autre programme après en avoir entendu parler, non par ses collègues, mais par un détenu qui avait subi ce traitement. Dans l'ensemble, le personnel soignant sent le vif besoin d'échanger de l'information et de participer à des séances de perfectionnement professionnel.

Plusieurs facteurs semblent contribuer à l'isolement des programmes. Un des principaux problèmes est lié aux vastes distances qui séparent les quelques personnes qui travaillent dans ce domaine. Dans les grands centres urbains, on trouve rarement plus d'un programme de traitement des délinquants sexuels. Par ailleurs, dans les collectivités éloignées, les soins, s'il y en a, sont généralement offerts par une seule personne qui travaille de façon isolée.

Les cliniciens qui s'intéressent à d'autres formes de traitement se heurtent souvent à l'absence d'information. Cet aspect est souvent négligé par ceux qui doivent se consacrer tout entier à la prestation des services. Les échanges d'informations butent aussi, dans certains cas, sur les rivalités et la compétition qui opposent les responsables de divers programmes. A cause du manque de communication, la perception des autres programmes a tendance à être déformée, ce qui contribue à renforcer les rivalités.

Le développement de programmes de traitement des délinquants sexuels se heurte au manque de communication et au peu de collaboration.

4. Éventail des programmes

Le traitement des délinquants sexuels exige des connaissances spéciales qui ne se retrouvent ensemble dans aucune discipline. Psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières et travailleurs correctionnels se sont tous montrés capables de traiter les délinquants sexuels. Les programmes qui paraissent les plus efficaces sont composés d'un groupe de spécialistes bien motivés et d'un programme de traitement bien précis.

Bien que les praticiens dans ce domaine appartiennent à diverses disciplines, nous savons qu'il existe un programme conçu expressément pour former des spécialistes en sexologie. L'Université du Québec à Montréal offre un programme d'études de cinq ans en sexualité humaine, et les diplômés sont particulièrement bien préparés pour travailler dans cette sphère.

De façon générale, on reconnaît que les différentes catégories de détenus ont différents besoins auxquels on ne peut répondre au moyen d'un unique programme. Cependant, la gestion des délinquants sexuels bute dans certaines régions sur le nombre réduit de possibilités de traitement. S'il existe un seul programme, on a tendance à y inscrire tous les détenus, même si le service ne répond pas à leurs besoins. Les raisons qui motivent ces mesures sont rarement expliquées, mais il semble qu'on croit qu'un traitement, quel qu'il soit, vaut mieux que rien. Les détenus d'ailleurs participent aux programmes disponibles là où ils sont plutôt que de demander le transfèrement à une région qui assure un service correspondant mieux à leurs besoins. Une telle situation nuit à la réalisation du programme et au personnel qui doit s'occuper de détenus qui n'ont rien à retirer du programme. En outre, la participation de détenus à des programmes qui ne leur conviennent pas peut

contribuer à augmenter le risque pour le public puisqu'on pourrait croire, à tort, que ces individus, ayant subi un traitement, sont moins dangereux.

On constate en outre que le placement des détenus dans les programmes de traitement en établissement dépend plutôt de la date de mise en liberté surveillée que des besoins de ces individus et des risques qu'ils présentent.

A défaut de services de traitement, certains détenus mettent sur pied leurs propres groupes d'entraide sans l'appui ou la participation de spécialistes. En désespoir de cause, on considère parfois ces séances comme un traitement, sans même connaître les activités du groupe.

Les régions du SCC ont tendance à accorder la priorité à un seul programme de traitement, ce qui ne peut répondre aux besoins divers des délinquants sexuels. Dans chacune des régions il faut tout un éventail de programmes de traitement et de compétences pour répondre à ces besoins.

5. Détenus autochtones

En juin 1988, environ 16 p. 100 des délinquants sexuels dans les établissements fédéraux étaient des autochtones. Au cours de la présente étude, nous n'avons trouvé aucune donnée concrète au sujet de programmmes de traitement adaptés aux besoins des délinquants sexuels autochtones. Le seul programme de traitement destiné à ce groupe de délinquants que nous ayons pu examiner, et qui relève d'un organisme autochtone, est un modèle cognitivo-comportemental qui semble très prometteur, mais qui vient d'accueillir son premier groupe. Bien que les spécialistes estiment que les programmes de traitement existants ne répondent pas aux besoins particuliers des délinquants sexuels autochtones, on n'a pu arriver à des conclusions précises au sujet de leur traitement.

6. Continuité et suivi

Tous s'accordent pour dire que le suivi dans la collectivité est un élément crucial pour l'efficacité du traitement des délinquants sexuels. Ce point de vue est tout à fait conforme aux publications dans ce domaine qui confirment la nécessité de travailler à la prévention de la récidive. Les résultats de l'enquête révèlent que 10 des 17 spécialistes qui ont répondu à une question concernant le besoin d'un suivi estimaient que tous les détenus dont le traitement avait réussi devaient avoir un suivi. Toutefois, la marche à suivre pour assurer ce suivi n'est pas clairement établie. Seulement 29 p. 100 des détenus ont bénéficié d'un suivi dans le cadre de leur programme de traitement et 14 p. 100 environ ont profité d'un suivi assuré par un autre programme de traitement.

Le SCC compte peu de mécanismes lui permettant de poursuivre dans la collectivité le traitement des infracteurs sexuels qui ont suivi le programme en établissement. Il est difficile en outre d'assurer la liaison entre les détenus libérés et les ressources

communautaires. Certains détenus restent en rapport avec le personnel soignant, téléphonant au besoin à l'établissement pour parler de leurs problèmes. Mais les thérapeutes sont frustrés de ne pas pouvoir faire plus pour aider les délinquants dans la collectivité. Certains d'entre eux sont d'ailleurs prêts à mettre sur pied des programmes communautaires servant de suivi aux programmes de l'établissement.

Un des obstacles est le manque de ressources. Le peu de coordination entre les programmes de traitement constitue une autre difficulté. En outre, ceux-ci sont réalisés par divers intervenants, notamment les services de santé mentale, le secteur correctionnel et les organismes d'aide à l'enfance. Or, la gestion à long terme des délinquants sexuels exige un haut degré de coordination des programmes qui existe rarement.

Les bureaux de libération conditionnelle du SCC en Colombie-Britannique ont mis au point une méthode de suivi qui semble intéressante. Tous les délinquants sexuels sous responsabilité fédérale en libérté conditionnelle ou surveillée dans cette province relèvent d'agents de libération conditionnelle qui ont reçu une formation spéciale et doivent assister à des rencontres hebdomadaires animées par des psychologues contractuels. Ce programme n'a pas été évalué officiellement, mais il semble comporter les éléments nécessaires pour répondre aux besoins des infracteurs et il intéresse les agents de correction et la Commission des libérations conditionnelles. Les infracteurs hésitent au début à participer aux rencontres hebdomadaires, mais ils finissent par considérer ces séances précieuses.

Dans de nombreuses collectivités, la continuité du traitement des délinquants sexuels se heurte à un manque de ressources et au peu de coordination entre les diverses sources d'aide.

7. Évaluation du risque

On établit souvent une distinction entre les évaluations servant à mesurer les progrès marqués par le détenu et celles qui déterminent la dangerosité. Dans la pratique, les premières sont effectuées par les responsables de programme.

L'évaluation de la dangerosité des délinquants sexuels est une tâche difficile. En général, on convient que les évaluations du risque qui adoptent différentes perspectives donnent des résultats se rapprochant plus de la réalité que celles qui sont effectuées par une seule personne. On se demande si les thérapeutes sont capables d'évaluer avec précision le risque que représente un détenu qu'ils ont traité. Certains spécialistes avancent que les thérapeutes sont les mieux placés pour évaluer le risque étant donné leurs nombreux contacts avec les détenus. D'autres affirment qu'il est difficile pour le personnel soignant de donner une évaluation objective puisque: 1) il ne semble pas y avoir de lien entre les progrès marqués pendant le traitement et la récidive (la plupart des facteurs connus de prédiction du risque portent sur les antécédents de l'infracteur), et 2) les thérapeutes ont peut-être trop

tendance à prendre la part des détenus étant donné le rôle de défenseur qu'ils sont appelés à jouer.

La majorité des thérapeutes estiment souhaitable que les évaluations du risque pour tous les détenus, et plus particulièrement pour ceux qui présentent un risque élevé, soient effectuées par des spécialistes qui ne participent pas directement à la prestation des programmes.

8. Limites du traitement

Au cours de toutes nos rencontres avec les spécialistes, ceux-ci ont tenu à souligner qu'il ne faut pas parler de "guérison" des délinquants sexuels. L'accent était plutôt mis sur la gestion à long terme dans la collectivité. On suggère par conséquent d'envisager d'examiner la loi qui stipule que la peine d'emprisonnement donnée en même temps qu'une ordonnance de probation ne peut dépasser deux ans (CC 737 (1) (b)).

En général, on s'accorde pour dire que les délinquants sexuels sont très susceptibles de récidiver même s'ils ont suivi les meilleurs programmes de traitement possibles. Le traitement semble réduire le risque de récidive chez la plupart des infracteurs, mais on ne sait pas s'il le réduit suffisamment chez les délinquants qui présentent un risque très élevé pour que ceux-ci puissent être mis en liberté sans danger pour la collectivité. Soulignons à cet égard le point de vue présenté par la Société canadienne de psychologie, soit qu'il ne faut pas s'attendre à ce que les délinquants sexuels gravement désaxés, comme les auteurs de meurtre à répétition, constituent un danger moindre pour la société parce qu'ils ont marqué des progrès en cours de traitement (p. 5). Les spécialistes reconnaissent qu'il est difficile de prédire la dangerosité, mais ils conviennent en général qu'il est possible de reconnaître les infracteurs présentant un risque élevé en étudiant leurs antécédents (et surtout leurs infractions antérieures).

De nombreux professionnels trouvent frustrant que des détenus potentiellement très dangereux soient mis en liberté, même à l'expiration de leur peine. Dans certains cas, on a demandé l'attestation d'incompétence mentale en vertu de lois provinciales sur la santé mentale mais en vain, puisque ces détenus ne répondaient pas aux exigences législatives.

Plusieurs méthodes sont proposées pour mieux protéger le public, outre les lois existantes concernant les délinquants dangereux. Une solution consisterait à imposer aux délinquants sexuels les mêmes mécanismes de surveillance que ceux qui s'appliquent aux individus assujettis à un mandat du lieutenant-gouverneur (c'est-à-dire les personnes acquittées pour cause d'aliénation mentale ou jugées inaptes à subir leur procès). On propose aussi la surveillance électronique de ces infracteurs comme solution de rechange à l'incarcération pour une période indéterminée.

En soi, le traitement des délinquants sexuels ne protège pas adéquatement le public et il faut recourir à d'autres stratégies.

9. Évaluation et recherche

On reconnaît la nécessité de continuer l'élaboration de programmes de traitement des délinquants sexuels et d'effectuer des études systématiques afin d'accroître les connaissances dans ce domaine. De nombreux programmes sont tout nouveaux et ceux qui existent depuis un bon moment ont subi des changements considérables depuis leur mise en oeuvre. Toutefois, on a apporté la majorité de ces changements sans s'appuyer sur les résultats des programmes ou sur des raisonnements théoriques. D'ailleurs, les programmes, et notamment les résultats du traitement à mi-chemin et à la fin, sont rarement évalués de façon adéquate. Il est difficile d'effectuer des évaluations de l'issue du traitement à cause des pressions implacables qui sont exercées pour que toutes les ressources soient consacrées à la prestation de services, à cause de la nécessité d'assurer un suivi pendant une longue période (au moins cinq ans) et des problèmes de fiabilité des mesures de la récidive. De plus, certains programmes sont réalisés dans un contexte où l'évaluation et la recherche ne reçoivent ni les fonds ni l'appui nécessaires. Il y a pourtant une exception, le programme Clearwater au Centre psychiatrique régional (Prairies) évalue l'effet des programmes et effectue des suivis à long terme des délinquants après leur libération. Par ailleurs, les responsables de certains programmes ne sont même pas au courant de l'information qu'ils peuvent obtenir assez facilement, par exemple la condamnation pour une nouvelle infraction de délinquants qui ont suivi le programme. Un des thérapeutes signale que c'est seulement par les journaux locaux qu'il prend connaissance de échecs du programme de traitement. Sans mécanismes établis d'information, l'existence ou l'absence d'un seul cas extraordinaire peut fausser l'évaluation de l'efficacité des programmes.

L'insuffisance de la recherche et des évaluations nuit à l'élaboration des programmes de traitement des délinquants sexuels.

10. Stratégie nationale

Les programmes offerts par le SCC fonctionnent sans plan national permettant de rentabiliser au maximum les ressources consacrées à la gestion et au traitement des délinquants sexuels. A l'heure actuelle, les efforts et les ressources sont concentrés principalement dans les établissements. Etant donné l'importance des services communautaires de gestion et de traitement, il y a lieu d'examiner à fond les stratégies d'intervention et la répartition des ressources. Ils sont réalisés de façon isolée, de sorte que les responsables de leur mise en application n'ont pas l'occasion d'échanger de l'information ou d'innover. De fortes pressions sont exercées sur le personnel chargé des programmes pour qu'il accepte le plus grand nombre de détenus possibles. Dans un même temps, les ressources accordées au traitement sont réduites afin de répondre à la demande croissante d'évaluations.

Le SCC n'a pas de stratégie nationale pour la gestion et le traitement des délinquants sexuels et il ne se trouve pas à l'Administration centrale de service chargé de la direction, de la politique et des programmes visant ce groupe.

Structure pour l'élaboration de programmes

Il n'existe pas de méthode de traitement valable pour tous les délinquants sexuels; cependant, la plupart des spécialistes s'entendent sur une structure générale de programme susceptible d'aider à réduire la récidive. Cette structure comporte des éléments qui, sans nuire à l'esprit innovateur dont il faut faire preuve dans ce domaine naissant, servent à établir des lignes directrices précises pour l'élaboration et l'évaluation de programmes de traitement. Ces facteurs sont les suivants: 1) le recrutement de la clientèle des programmes, 2) l'examen du cas, 3) le traitement, 4) l'évaluation à la fin du programme, 5) l'évaluation du risque, 6) la libération et le suivi et 7) l'évaluation du programme. Chacun de ces éléments est repris ci-dessous.

Recrutement de la clientèle des programmes de traitement

Il faut tout d'abord décider comment recruter les détenus qui participeront au programme de traitement. Or, les délinquants sexuels sont souvent réticents devant la perspective du traitement, soit parce qu'ils craignent d'être étiquetés, qu'ils ont honte, qu'ils ne sont pas prêts à renoncer à l'assouvissement apporté par l'acte commis, qu'ils ne croient pas possible de changer ou qu'ils comprennent mal la nature du traitement. Le traitement d'un détenu sans son consentement pose des difficultés d'ordre moral et est contraire au code déontologique des professionnels du domaine de la santé, sauf dans des circonstances exceptionnelles. Toutefois, il convient d'informer les détenus des avantages et des risques associés au traitement et de concevoir des programmes qui soient aussi intéressants que possible pour la clientèle visée. La prolifération de programmes auxquels les détenus refusent de participer ou qu'ils ne terminent pas n'est pas une solution.

Examen du cas

L'examen du cas de l'infracteur sexuel est essentiel à l'efficacité du traitement. Il doit cerner les facteurs qui poussent chaque infracteur à commettre son crime. Il n'existe pas de marche à suivre établie pour l'évaluation du délinquant sexuel, mais les spécialistes s'entendent sur certains facteurs généraux qu'il faut examiner, c'est-à-dire les antécedents sexuels, les préférences sexuelles, le niveau hormonal (testostérone), les attitudes à l'égard de la sexualité, l'alcoolisme et la toxicomanie, les capacités cognitives, l'aptitude aux relations interpersonnelles et le potentiel de violence. Il est essentiel également d'avoir des renseignements détaillés et sûrs sur l'infraction. Il importe aussi de procéder à une évaluation phallométrique (c'est-à-dire une mesure physiologique de l'excitation sexuelle) bien que celle-ci puisse être délibérément faussée, afin de déterminer les désirs sexuels déviants, d'aider à planifier le traitement et de mesurer par la suite les progrès réalisés.

Traitement

Le traitement administré au délinquant doit viser les facteurs de risque décelés au moment de l'examen du cas. Chaque détenu a des besoins bien particuliers auxquels il est possible de répondre au moyen de programmes de groupe appropriés. Les programmes de traitement doivent être établis en fonction des résultats antérieurs de recherches empiriques ou d'un raisonnement théorique que les spécialistes du domaine pourraient considérer acceptables. Il est nécessaire également de bien préciser ce que les programmes doivent traiter et comment ils le feront. Le traitement doit être donné par un personnel compétent. En effet, le traitement des délinquants sexuels nécessite des compétences et des connaissances spéciales qui ne peuvent pas être acquises par voie de formation dans une seule discipline. En outre, les programmes de traitement peuvent être réalisés dans différents contextes, carcéraux et communautaires, et pas seulement dans les établissements.

Évaluation à la fin du programme

Il ne faut pas s'attendre à ce que le détenu qui a participé à un programme se soit automatiquement débarrassé de ses déviances ou qu'il présente dorénavant un danger réduit. Par conséquent, il faut procéder à une évaluation au terme du programme qui permettra de déterminer quelle est l'efficacité du traitement et quels objectifs ont été atteints. L'évaluation effectuée à cette étape doit également porter sur le risque de récidive.

Évaluation du risque

Les évaluations effectuées au terme du traitement doivent également servir à: a) cerner les facteurs de risque qu'il faut surveiller et régler pendant le suivi et b) établir les plans de gestion du détenu après la fin du programme de traitement. Cette évaluation sert donc de fondement à la gestion continu du délinquant.

Libération et suivi

Les programmes doivent non seulement établir les plans appropriés de mise en liberté, mais aussi faciliter la transition pour les détenus entre les services de traitement et ceux de suivi. Il est essentiel d'établir des liens entre les programmes afin que le suivi soit assuré.

Évaluation du programme

L'évaluation continue fait partie intégrante des programmes de traitement efficaces. La documentation indique que le traitement réduit la récidive, mais il reste que certains hommes recommencent même après avoir subi un traitement. Il faut surveiller l'intégrité des programmes et se servir de ceux-ci pour augmenter nos connaissances sur l'efficacité du traitement et sur la prédiction du risque. Il est nécessaire à cette fin d'obtenir une documentation complète sur les détenus (par ex. des examens du cas avant et après le

traitement) et sur le traitement donné. L'information sur la récidive après un traitement est également essentielle à l'établissement de méthodes rationnelles d'élaboration de programmes et de prévision du risque.

Recommandations

Continuité, rôle de la collectivité et coordination

1. Il est recommandé que le traitement des délinquants sexuels débute en établissement et se poursuive après la mise en liberté.

Les objectifs minimum à atteindre en établissement sont les suivants:

- reconnaître les individus qui sont des délinquants sexuels;
- amener l'individu à admettre qu'il a besoin de traitement;
- l'informer des possibilités de traitement offertes;
- déterminer le traitement qui lui convient;
- établir des plans complets de libération; et
- aviser les représentants compétents de la collectivité de la mise en liberté de détenus à haut risque.

Il convient de recueillir, avant la libération, toute l'information possible concernant les facteurs de risque décelés et de la communiquer aux responsables du suivi dans la collectivité.

Les objectifs minimum à atteindre sont les suivants:

- contrôler le comportement du délinquant en tenant compte en particulier des facteurs de risque (prévention des rechutes);
- veiller à ce que l'infracteur soit au courant des possibilités de traitement offertes dans la collectivité;
- l'encourager à participer au traitement approprié;
- au besoin, le réincarcerer.

2. Il est recommandé que le SCC resserre ses liens avec les autres services du gouvernement et avec les organismes non gouvernementaux et communautaires qui participent au traitement des délinquants sexuels afin d'assurer la coordination des activités dans ce domaine et d'établir une continuité entre les programmes en établissement et le traitement dans la collectivité. Le SCC doit travailler en collaboration avec les autres organismes chargés de services correctionnels, sanitaires et sociaux afin d'élaborer un éventail complet d'activités communautaires allant de l'identification du problème jusqu'à l'adoption de stratégies mises en oeuvre dans la collectivité.

3. Il est recommandé que des mécanismes soient établis permettant aux organismes chargés de reconnaître, d'évaluer et de gérer les délinquants sexuels, de mettre en commun l'information se rapportant aux cas. Il faudrait communiquer des renseignements sur les antécédents du délinquant, y compris les évaluations et les traitements antérieurs. Des rapports plus étroits avec les organismes communautaires faciliteront ces échanges d'informations.

Élaboration de programmes

4. Devant le problème de négation chez les délinquants sexuels, il est recommandé a) qu'on les encourage fortement à participer aux programmes de traitement en insistant sur l'importance de régler le problème de leur déviance; b) que des renseignements objectifs leur soient fournis; c) qu'on les invite périodiquement à s'inscrire s'ils ont refusé une première fois; d) qu'on mette en place des mécanismes qui encouragent les détenus à participer; e) qu'on fasse de la participation aux programmes de traitement une condition préalable à la mise en liberté, s'il y a lieu.

5. Étant donné que la sécurité de la population est de première importance dans le traitement et la gestion des délinquants sexuels, et étant donné le manque de ressources dans la collectivité, il est recommandé que l'élaboration de programmes au sein de la collectivité soit la première des priorités. Deuxièmement, un nombre et un éventail suffisants de programmes en établissement devraient être élaborés dans chaque région afin de garantir, aux délinquants sexuels, l'accès à des traitements appropriés au moment opportun. Ces programmes devraient être élaborés conformément au modèle conceptuel présenté ci-dessus. Chaque programme doit comprendre des stratégies de recrutement de la clientèle, un examen préalable des facteurs relatifs aux infractions de nature sexuelle, le raisonnement à suivre pour établir la concordance entre le cas examiné et le traitement choisi, des évaluations à la fin du programme, un suivi et une évaluation du programme.

Des programmes doivent également être créés à l'intention des délinquants sexuels dont les capacités intellectuelles les empêchent de participer aux programmes réguliers.

6. Il est recommandé qu'un appui soit accordé aux projets de recherche, surtout dans les domaines suivants: a) la production et la mise au point d'indicateurs mesurant le risque que représentent les délinquants sexuels déviants; b) l'élaboration et l'évaluation de composantes spéciales de formation axées sur des besoins précis et les indicateurs de risque; c) l'examen des rapports entre les changements attribuables au traitement et la probabilité de récidive.

Diverses stratégies sont possibles pour fortifier les activités de recherche et d'élaboration de programme, notamment les stages pratiques, la création d'une "chaire" universitaire et l'établissement de réseaux de recherche.

Des études menées par plusieurs centres à la fois et effectuées par des chercheurs relevant de divers systèmes sociaux (c'est-à-dire le secteur correctionnel, les organismes de santé mentale, les services sociaux, etc.) partout au pays sont particulièrement intéressantes puisqu'elles permettent d'augmenter le nombre de comparaisons de groupes, de travailler ensemble à l'élaboration de normes de mesure et d'améliorer la communication d'informations entre les programmes.

7. Il est recommandé que des mécanismes soient établis permettant aux professionnels d'échanger de l'information concernant les programmes et les résultats de recherche.

Ces mécanismes peuvent prendre diverses formes, comme la tenue d'ateliers et de colloques et la mise sur pied d'une sorte de tableau d'affichage informatisé liant les divers groupes, Il faut que l'information puisse être transmise au sein du système de justice pénale ainsi qu'aux organismes de santé mentale, aux services sociaux et aux milieux universitaires tant au pays qu'à l'étranger.

Évaluation du risque et libération

8. Il est recommandé que des analyses indépendantes (en dehors du programme de traitement) soient effectuées par des tiers et remises à la CNLC, pour déterminer le risque associé à la libération d'un délinquant sexuel dont l'infraction laisse supposer un niveau de risque élevé. Le SCC et la CNLC devraient travailler en collaboration pour établir des politiques permettant de reconnaître ces cas et de les évaluer.

9. Il est recommandé que la CNLC revoie ses politiques décisionnelles en ce qui a trait aux catégories, à l'évaluation du risque et aux conditions de libération visant les délinquants sexuels qui présentent un risque élevé.

Formation et normes

10. Il est recommandé que la planification des ressources humaines au SCC favorise l'acquisition par le personnel des compétences appropriées et que l'on élargisse et évalue les modèles selon lesquels les agents de libération conditionnelle qui surveillent des délinquants sexuels sont associés à un programme de traitement.

11. Il est recommandé que la formation en matière de gestion des délinquants sexuels soit assurée à un large éventail d'employés de première ligne et qu'une formation plus intensive soit donnée aux employés de gestion des cas qui s'intéressent plus particulièrement aux délinquants sexuels.

12. Il est recommandé que des programmes d'information plus complets portant sur la déviance sexuelle et les infractions connexes soient élaborés et offerts aux détenus, au personnel du SCC et à la CNLC.

13. Il est recommandé qu'on entreprenne d'autres travaux d'évaluation de normes pour l'examen des cas avant et après le programme, l'évaluation du risque et le traitement des délinquants sexuels, ainsi que pour les compétences et la formation nécessaires à cette fin.

But et orientation

14. Il est recommandé qu'un poste de conseiller spécial, auprès du sous-commissaire, Programmes et opérations correctionnelles, concernant les délinquants soit créé pour une période déterminée afin qu'il coordonne et facilite l'élaboration de stratégies de gestion des délinquants sexuels au sein du Service correctionnel du Canada, qu'il donne des conseils quant aux orientations, aux politiques et aux programmes à adopter à l'égard de ce groupe de détenus et qu'il surveille l'évaluation des programmes existants.

La principale tâche du conseiller spécial serait de diriger les efforts déployés par le SCC pour élaborer une stratégie nationale d'évaluation, de traitement et de gestion des délinquants sexuels. La stratégie doit viser principalement les aspects suivants:

- l'identification des facteurs de risque propres aux infractions de nature sexuelle;
- la détermination d'un ordre de priorité pour le traitement des sous-groupes de délinquants sexuels, établi en fonction du risque qu'ils représentent et de la probabilité de succès du traitement;
- la détermination de stratégies de traitement visant les programmes réalisés en établissement et dans la collectivité;
- l'élaboration de programmes de traitement spécialisés à l'intention des autochtones;

– la gestion des détenus qui refusent de participer à un programme ou de ceux dont on ne peut réduire le risque qu'ils représentent à un niveau acceptable.

Que le conseiller spécial mette sur pied un "comité de spécialistes" qui pourra donner des conseils sur l'élaboration de programmes, leur mise en oeuvre, les questions de formation et la mise en application de recommandations contenues dans le présent rapport. Ce comité d'envergure nationale établirait des liens à l'échelon local. La composition du comité ne serait pas fixe; plutôt, elle varierait en fonction des compétences requises et des tâches à accomplir.

Le titulaire du poste de conseiller spécial devra pouvoir s'attirer le respect des spécialistes du domaine, être capable de diriger la mise en oeuvre d'une politique et d'un programme complexes et de traiter de façon efficace avec des personnes de diverses disciplines offrant différents points de vue. Il convient peut-être de s'adresser à un programme d'échange de cadres (Échanges Canada) afin de trouver un candidat approprié.

Ce poste serait créé pour une période de trois ans; cette période écoulée, l'initiative serait évaluée afin de déterminer son efficacité et les mesures qu'il faut prendre.

Annexe A

Membres du Groupe de travail

M. Bob Cormier, ministère du Solliciteur général (président)
M. Frank Porporino, Service correctionnel du Canada
Mme Cathy Gainer, Commission nationale des libérations conditionnelles
M. Steve Wormith, ministère des Services correctionnels de l'0ntario
M. Karl Hanson, expert-conseil en recherche

Représentants des provinces et des territoires

Terre-Neuve:	**Mme Wanda Lundrigan,** Ministère de la Justice
Île-du-Prince-Édouard:	**M. John Bruce,** Ministère de la Justice et du Procureur général
Nouvelle-Écosse:	**M. Bob Lutes,** Ministère du Procureur général
Nouveau-Brunswick:	**Mme Brenda Thomas,** Ministère du Solliciteur général
Québec:	**Mme Lynn Carter,** Ministère de la Sécurité publique
Ontario:	**M. Steve Wormith,** Ministère des Services correctionnels de l'0ntario
Manitoba:	**Mme Jean Kopstein,** Ministère du Procureur général
Saskatchewan:	**M. Garth King,** Ministère de la Justice
Alberta:	**M. John Pascoe,** Ministère du Solliciteur général
Colombie-Britannique:	**M. Henry Mathias,** Ministère du Procureur général
Yukon :	**M. Larry Saidman,** Services correctionnels et application de la loi
Territoires du Nord-Ouest:	**M. Doug Friesen,** Services sociaux

Annexe B

Groupe de travail sur le traitement des délinquants sexuels

Mandat

1. Examiner la documentation internationale et accorder une attention particulière aux recherches sur l'évaluation et aux résultats des programmes de traitement.
2. Décrire et évaluer les programmes de traitement offerts au Canada, en insistant sur les points suivants :
   A) évaluation des besoins - (quels genres de délinquants sexuels devons-nous traiter, combien sont-ils et sont-ils guérissables?)
   B) spécialisation des programmes - (à quels besoins et à quels types de délinquants s'adressent les programmes?)
   C) les méthodes d'évaluation, en général et en particulier pour les détenus qui sont retenus en vue d'un traitement;
   D) méthodes de traitement;
   E) données sur le suivi et l'évaluation (quels critères ont été établis pour décider du succès ou de l'échec et quelles données sont disponibles en ce qui à trait aux résultats?)
   F) programmes d'assistance postpénale (lesquels existent, qui les offrent, dans quelles conditions et avec quels résultats?).
3. Élaborer des recommandations concernant le traitement des détenus sous responsabilité fédérale et la collecte continuelle de données en vue d'évaluation. (Les recommandations doivent être assez détaillées et accompagnées d'estimations de coûts réalistes.)
4. Élaborer des recommandations destinées à établir la meilleure concordance possible entre les divers délinquants et les programmes offerts.
5. Rédiger un rapport final de concert avec les participants provinciaux et fédéraux.
6. Présenter un rapport au Ministre renfermant un choix de mesures et de plans d'action réalistes.

Annexe C

Liste des experts consultés par le Groupe de travail

J.	Aubut	Institut Philippe Pinel
M.	Bamboyne	SCC (Québec)
H.	Barbaree	Queen's University
A.	Bell	SCC (Atlantique)
E.	Beltrami	Université du Québec à Montréal
H.	Bergen	CPR (Prairies), Saskatoon
R.	Berry	Thistletown Regional Centre
K.	Bita	Clarke Institute of Psychiatry, Toronto
E.	Black	Alberta Hospital, Edmonton
L.	Boon	Stave Lake Correctional Centre (C.-B.)
L.	Boudreau	Université de Moncton
J.	Bourque	SCC (Pacifique)
J.	Bradford	Royal Ottawa Hospital
L.	Cargill	Alberta Hospital, Edmonton
L.	Casey	SCC (Atlantique)
M.	Cheslock	Community & Youth Correctional Services, Manitoba
J.	Cliche	Sécurité publique, Québec
C.	Cloutier	SCC (Québec)
N.	Connacher	CRT (Ontario), Kingston
W.	Coombs	Alberta Hospital, Edmonton
M.	Couture	Centre hospitalier Robert Giffard
N.	Couture	Centre hospitalier Robert Giffard
P.	Crookall	SCC (Atlantique)
H.	Davidson	SCC (Atlantique)
J.G.	Desrosiers	SCC (Québec)
B.	Deurloo	SCC (Ontario)
J.	Earle	SCC (Atlantique)
J.	Eastabrook	CRT (Ontario), Kingston
D.	Eaves	B.C. Forensic Psychiatric Services
L.	Ellerby	Native Clan Organization, Winnipeg
E.	Ellis	University of Manitoba
S.	Ferguson	CNLC (Ontario)
R.	Fontaine	SCC (Atlantique)
J.	Fransblow	CPR (Pacifique) Abbotsford, (C.-B.).
K.	Freund	Clarke Institute of Psychiatry, Toronto
J.	Frost	SCC (Pacifique)
O.	Gaudet	SCC (Atlantique)
N.	Gérard	Institut Philippe Pinel

W.	Glackman	Simon Fraser University
L.	Glancy	CPR (Pacifique), Abbotsford (C.-B.)
A.	Gordon	CPR (Prairies), Saskatoon
K.	Graham	SCC (Atlantique)
J.	Greene	Emmanuel House, St. John's
D.	Harder	Therapist, Saskatoon
M.	Harris	B.C. Forensic Psychiatric Services
R.	Hartry	E.A.P., Province du Manitoba
D.	Hawken	CRT (Ontario), Kingston
G.	Helm	SCC (Atlantique)
J.	Hashmall	Clarke Institute of Psychiatry, Toronto
T.	Ho	SCC (Ontario)
J.	Homer	SCC (Pacifique)
G.	Huck	John Howard Society, Saint John's (T.-N.)
S.	Hucker	Clarke Institute of Psychiatry, Toronto
R.	Johnson	SCC (Pacifique)
V.	Kelman	Special Committee on Child Abuse, Toronto
M.	Kitchur	Child and Family Services, Winnipeg
L.	Kitts	SCC (Prairies)
T.	Kozak	Child and Family Services, Brandon
R.	Kuncoewicz	Marymound Family Centre, Winnipeg
N.	Ladha	Memorial University of Newfoundland
B.	Lamoureux	Institut Philippe Pinel
S.	Lamy	Sécurité publique, Québec
R.	Lang	Alberta Hospital, Edmonton
R.	Langevin	Clarke Institute of Psychiatry, Toronto
R.	LaTorre	B.C. Forensic Psychiatric Services
D.	Lavigne	CRT (Ontario), Kingston
J.G.	Leger	CRT (Ontario), Kingston
K.	Leinweber	South East Specialized Supervision Unit, Vancouver
G.	Lowrey	Central Toronto Youth Services
S.	Lyth	Carleton Centre, Halifax
F.	Madryga	Therapist, Kamloops (C.-B.)
B.	Malcolm	CRT (Ontario), Kingston
C.	Manuge	SCC (Atlantique)
W.	Marshall	Queen's University, Kingston
F.	Matthews	Central Toronto Youth Services
L.	McClung	SCC (Québec)
M.	McCormack	Department of Social Services (T.-N.)
A.	McKibben	Institut Philippe Pinel
A.	McManaman	Ontario Correctional Institute, Brampton
M.	Middleton	B.C. Forensic Psychiatric Services

B.	Miles	CRT (Ontario), Kingston
J.	Miller	CRT (Ontario), Kingston
D.	Milliken	Alberta Hospital, Edmonton
R.	Morris	Adolescent Health Counseling Service, Saint John's
N.	Nichol	CPR (Pacifique)
T.	Nicholaichuk	Battlefords Mental Health Clinic, North Battleford
F.	O'Flaherty	Waterford Hospital, Saint John's
O.	Pellerin	SCC (Atlantique)
W.	Pithers	Vermont Department of Corrections
I.	Pronovost	Centre hospitalier Robert Giffard
P.	Quinn	SCC (Ontario)
V.	Quinsey	Queen's University, Kingston
D.	Quirk	Ontario Correctional Institute, Brampton
D.	Reed	Child and Family Services, Westmore
R.	Reynolds	Ontario Correctional Institute, Brampton
E.	Robert	Institut Philippe Pinel
T.	Robichaud	SCC (Atlantique)
A.	Rockstro	SCC (Atlantique)
R.	Rockstro	SCC (Atlantique)
B.	Rose	Memorial University of Newfoundland
L.	Rousseau	Centre hospitalier Robert Giffard
M.	Savard	SCC (Québec)
K.	Scapinello	Ontario Correctional Institute, Brampton
M.	Schimpf	CPR (Pacifique)
D.	Scott	Community Services Council (T.-N.)
C.	Sheppard	SCC (Pacifique)
K.	Skinner	SCC (Prairies)
C.	Smiley	CPR (Pacifique), Abbotsford (C.-B.)
D.A.	Solway	Hinton Social Services, Alberta
C.	Sparling	SCC (Ontario)
L.	Stermac	Central Toronto Youth Services
L.E.	Stermac	Clarke Institute of Psychiatry, Toronto
L.	Studer	Alberta Hospital, Edmonton
C.	Taylor	Acadia University
P.	Thauberger	Alberta Solicitor General
G.	Thomas	SCC (Pacifique)
S.	Tserchovitz	SCC (Prairies)
S.	Williams	CPR (Ontario),Kingston
M.	Wright	Ontario Correctional Institute, Brampton

Programmes de traitement soumis au Groupe de travail

Etablissement de Dorchester, Moncton (N.-B.)
Personne ressource: Paul Crookall, (506-379-2471)

Westmorland, Moncton (N.-B.)
Personne ressource: Offa Gaudet, (506-379-2471)

Université de Moncton, Moncton (N.-B.)
Personne ressource: Leonce Boudreau, (506-858-4201)

Services de protection de l'enfance, ministère de la Santé et des services communautaires (N.-B.)
Personne ressource: Bob Brown. (506-658-2455)

Centre hospitalier Robert Giffard (Qc)
Personne ressource: Marcel Couture, (418-663-5011)

Institut Philippe Pinel, Montréal (Qc)
Personne ressource: Jocelyn Aubut, (514-648-8461)

Kingston Sexual Behaviour Clinic, Kingston (Ont.)
Personne ressource: Bill Marshall, (613-545-6015)

Pénitencier de Kingston - programme pour les délinquants sexuels, Kingston (Ont.)
Personne ressource: Tim Ho, (613-545-8460)

Centre régional de traitement (Ontario), Kingston (Ont.)
Personne ressource: Bill Miles, (613-545-8470)

Central Toronto Youth Services, Toronto (Ont.)
Personne ressource: Grant Lowrey, (416-977-1163)

SAFE-T Program Thistletown Regional Centre, Rexdale (Ont.)
Personne ressource: Richard Berry, (416-741-1210)

Clarke Institute of Psychiatry, Toronto, (Ont.)
Personne ressource: Steve Hucker, (416-979-2221)

Ontario Correctional Intitute, Brampton (Ont.)
Personne ressource: Reg Reynolds, (416-457-7050)

Forensic Behaviour Management Clinic, Native Clan Organization, Winnipeg (Man.)
Personne ressource: Lawrence Ellerby, (204-943-7357)

Marymound Family Resource Centre, Winnipeg (Man.)
Personne ressource: Ron Kuncoewicz, (204-336-7971)

Probation Service Sexual Offenders Group Program, Winnipeg (Man.)
Personne ressource: Reid Hartry, (204-945-2616)

Fresh Start Group, Brandon (Man.)
Personne ressource: Kerry Skinner, (204-726-7597)

Unité Clearwater, Centre psychiatrique régional (Prairies), Saskatoon (Sask.)
Personne ressource: Art Gordon, (306-975-5403)

Alberta Hospital, Edmonton (Alb.)
Personne ressource: Don Milliken, (403-472-5572)

Forensic Assessment and Community Services, Edmonton (Alb.)
Personne ressource: Linda Cargill, (403-428-0455)

Etablissement de Mountain, Chiliwack (C.-B.)
Personne ressource: Jerry Bourque, (604-796-2231)

Centre psychiatrique régional (Pacifique), Abbotsford (C.-B.)
Personne ressource: Carson Smiley, (604-856-7464)

Stave Lake Correctional Centre, Maple Ridge (C.-B.)
Personne ressource: Les Boon, (604-462-7233)

Forensic Psychiatric Services, Vancouver (C.-B.)
Personne ressource: Derek Eaves, (604-660—5577)

South East Specialized Supervision Unit, Vancouver (C.-B.)
Personne ressource: Ken Leinweber, (604-660-1852)

Bibliographie

Abel, G., Mittelman, M., Becker, J.V., Rathner, J., & Rouleau, J. (1988). Predicting child molesters' response to treatment. In R.A. Prentky & V.L. Quinsey, (Eds.), Human sexual aggression: Current perspectives (pp. 223-234). New York Academy of Science.

Abel, G.G., Becker, J.V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. International Journal of Law and Psychiatry (7), 89-103.

Abel, G.G., Becker, J.V., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J.M., Kaplan, M., & Reich, J. (1981). The treatment of child molesters. Unpublished manuscript. Sexual Behavior Clinic, Columbia University, New York.

Abel, G.G., Becker, J.V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, N., Rouleau, J.L., & Murphy, W.D. (1987). Self-reported sex crimes of non-incarcerated paraphiliacs. Journal of Interpersonal Violence, (2), 3-25.

Badgley, R.F., (Président) 1984. Infractions sexuelles à l'égard des enfants: Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada.

Barbaree, H.E., Marshall, W.L. (1988). Treatment of the adult male child molesters: Is it possible? In the Child sexual abuse literature review project. Ottawa: National Health & Welfare.

Barbaree, H.E., & Marshall, W.L. (in press). Treatment of the sexual offender. In R.M. Wettstein, (Ed.), Treatment of the mentally disordered offender. New York: Guilford Press.

Barlow, D.H., Leitenberg, H., & Agras, W.S. (1969). Experimental control of sexual deviation through manipulation of the noxious scene in covert sensitization. Journal of Abnormal Psychology, 74, 596-601.

Berlin, F.S., & Meinecke, C.F. (1981). Treatment of sex offenders with antiandrogen medication: Conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings. American Journal of Psychiatry, 138, 601-607.

Borzecki, M., & Wormith, J.S. (1987) A survey of treatment programs for sex offenders in North America. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 28, 30-44.

Bradford, J.M.W. (1985). Organic treatment for the male sexual offender. Behavioral Sciences and the Law, 3, 355-375.

Bradford, J.M.W. (1988a). Organic treatment for the male sexual offender. In R.A. Prentky & V.L. Quinsey, (Eds.), Human sexual aggression: Current perspectives (pp. 193-202). New York: New York Academy of Science.

Bradford, J.M.W. (1988b). Treatment of sexual offenders with cyproterone acetate. In J.M.A. Sitsen, (Ed.), Handbook of sexology, Vol. 6: The pharmacology and endocrinology of sexual function (pp. 526-536). Elsevier Science Publishers.

Bradford, J.M.W., & Pawlak, A. (1987). Sadistic homosexual pedophilia: Treatment with cyproterone acetate: A single case study. Canadian Journal of Psychiatry, 32, 22-30.

Brownell, K. D., Hayes, S.C., & Barlow, D.H. (1977) Patterns of appropriate and deviant sexual arousal: The behavioral treatment of multiple sexual deviations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 1144-1155.

Cabeen, C.W., & Coleman, J.C. (1961). Group therapy with sex offenders: Description and evaluation of a group therapy program in an institutional setting. Journal of Clinical Psychology, 17, 122-129.

Callahan, E.J., Leitenberg, H. (1973). Aversion therapy for sexual deviation: Contingent shock and covert sensitization. Journal of Abnromal Psychology, 81, 60-73.

Canada. Ministère du Solliciteur général. Rapport du groupe chargé d'étudier les recommandations faites à la suite de l'enquête sur le décès de Celia Ruygrok. Ottawa: Ministère du Solliciteur général, 1987.

Cheney, V.T. (1986). An effective treatment for sex offenders. Ozone Park, NY: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.

Christiensen, K., Elers-Neilsen, M., Le Maire, L., & Sturup, G.K. (1965). Recidivism among sexual offenders. Scandinavian Studies in Criminology, 1, 55-85.

Cooper, A.J. (1981). A placebo-controlled trial of the antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality. Comprehensive Psychiatry, 22, 458-465.

Cooper, A.J. (1986). Progestogen in the treatment of male sex offenders: A review. Canadian Journal of Psychiatry, 31, 73-79.

Daubney, D., (Président) 1988. Des responsabilités à assumer: Rapport du Comité permanent de la Justice et du Solliciteur général sur la détermination de le peine, la mise en liberté sous condition et d'autres aspects du système correctionnel. Ottawa: Ministère du Solliciteur général, 1987.

Davidson, P.R. (1984). Behavioural treatment for incarcerated sex offenders: Post-relase outcome. Unpublished manuscript. Kingston, Ontario.

Dix, G.E. (1976). Differential processing of abnormal sex offenders. Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science, 67, 233-243.

Fauteux, G. (Président) 1956. Rapport du Comité consultatif sur les principes et les méthodes suivis au service des pardons du ministère de la Justice du Canada. Ottawa: Imprimeur de la Reine.

Finkelhor, D. (1984). Child sexual abuse: New theory and research. New York: Free Press.

Fitch, J.H. (1962). Men convicted of sexual offenses against children: A descriptive follow-up study. British Journal of Criminology, 3, 18-37.

Freund, K., Watson, R., & Rienzo, D. (1988). Signs of feigning in the phallometric test. Behavior Research and Therapy, 26, 105-112.

Frisbie, L.V. (1969). Another look at sex offenders in California (California Mental Health Research Monograph, No. 12). State of California Department of Mental Hygiene.

Frisbie, L.V., & Dondis, E.H. (1965). Recidivism among treated sex offenders (California Mental Health Research Monograph, No. 5). State of California Department of Mental Hygiene.

Furby, L., Weinrott, M.R., Blackshaw, L., (1989). Sex Offender Recidivism: A Review. Psychological Bulletin, 105, 3-30.

Giarretto, H. (1982). A comprehensive child sexual abuse treatment program. Child Abuse and Neglect, 6, 263-278.

Gibbens, T.C.N., Soothill, K.L. & Way, C.K. (1978). Sibling and parent-child incest offences. British Journal of Criminology, 18, 40-52.

Gibbens, T.C.N., Soothill, I.L., & Way, C.K. (1981). Sex offences against young girls: A long term record study. Psychological Mecidine, 11, 351-357.

Gibbens, T.C.N., Way, C., & Soothill, K.L. (1977). Behavioural types of rape. British Journal of Psychiatry, 130, 32-42.

Gordon, A., & Bergen, H. (1988). Description and evaluation of the Sexual Offender Program at the Regional Psychiatric Centre (Prairies). Non publié. Saskatoon (Saskatchewan)

Grunfeld, B., & Noreik, K. (1986). Recidivism among sex offenders: A follow-up study of 541 Norwegian sex offenders. International Journal of Law and Psychiatry, 9, 95-102.

Hall, G.C.N. (1988). Criminal behaviour as a function of clinical and actuarial variables in a sexual offender population. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 773-775.

Heim, N., & Hursch, C.J. (1979). Castration for sex offenders: Treatment or punishment? A review and critique of recent European literature. Archives of Sexual Behavior, 8, 281-304.

Howells, K. (1981). Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of aetiology. In M. Cook & K. Howells (Eds.), Adult sexual interest in children (pp. 55-94). London: Academic Press.

Hucker, S., Langevin, R., & Bain, J. (1988). A double blind trial of Provera for pedophiles. Annals of Sex Research, 1, 227-242.

Kelly, R.J. (1982). Behavioural reorientation of pedophiliacs: Can it be done? Clinical Psychology Review, 2, 387-408.

Lang, R.A., Lloyd, C.A., & Fiqia, N.A. (1985). Goal attainment scaling with hospitalized sexual offenders. Journal of Nervous and Mental Disease, 173, 527-537.

Lang, R.A., Pugh, G.M., & Langevin, R. (1988). Treatment of incest and pedophilic offenders: A pilot study. Behavioral Sciences and the Law, 6, 239-255.

Langevin, R. (1983). Sexual strands: Understanding and treating sexual anomalies in men. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Langevin, R., & Lang, R.A. (1985). Psychological treatment of pedophiles. Behavioral Sciences and the Law, 3, 403-419.

Langevin, R., Paitich, D., Hicker, S., Newman, S., Ramsay, G., Pope, S., Geller, G., & Anderson, C. (1979). The effects of assertiveness training, provera and sex of therapist in the treatment of genital exhibitionism. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10, 275-282.

Laws, D.R. (1980). Treatment of Bisexual Pedophilia by biofeedback-assisted self-control procedure. Behavior Research and Therapy, 18, 207-211.

Le Maire, L. (1956). Danish experiences regarding the castration of sexual offenders. Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science, 47, 295-310.

MacGuigan, M. (Président) 1977. Rapport du Sous-comité sur le régime d'institutions pénitentiaires au Canada. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada.

Maletzky, B.M. (1980). Self-referred vs. court-referred sexually deviant patients: Success with assisted covert sensitization. Behavior Therapy, 11, 306-314.

Marques, J.K. (1988). The sex offender treatment and evaluation project: California's new outcome study. In R.A. Prentky & V.L. Quinsey, (Eds.), Human sexual aggression: Current perspectives (pp. 235-243). New York: New York Academy of Science.

Marshall, W.L. (1970). Satiation therapy. A procedure for reducing deviant sexual arousal. Journal of Applied Behavior Analysis, 12, 377-389

Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1988). An outpatient treatment program for child molesters. In R.A. Prentky & V.L. Quinsey, (Eds.), Human sexual aggression: Current perspectives (pp. 205-214). New York: New York Academy of Science.

McCaghy, C.H. (1967). Child Molesters: A study of their careers as deviants. In M.B. Clinard & R. Quinney (Eds.), Criminal behavior systems: A typology (pp. 75-88). New York: Holt, Rinehart & Co.

McCaghy, C.H. (1980). Social sources of verbalized motives for adult-child sexual contacts. In J. Sampson (Ed.), Childhood and sexuality: Proceedings of the international symposium (pp. 712-725). Montreal: Editions Etudes Vivantes.

McRuer, J.C. (Chairman) (1958). Report of the Royal Commission on the Criminal Law Relating to Criminal Sexual Psychopaths. Toronto: Queen's Printer.

Nutbrown, V., & Stasiak, E. (1987) A Retrospective Analysis of O.C.I. Cost Effectiveness 1977-81 (Research Monograph No. 2). Ontario Correctional Institute.

Ontario, Coroner's Report of the Inquest into the Death of Celia Ruygrok, May 22, 1987

Ontario, Coroner's Report of the Inquest into the Death of Tema Conter, December 21, 1988.

Pithers, W.D., Kashima, K.M., Cumming, G.F., Beal, L.S., & Buell, M.M. (1988). Relapse prevention of sexual aggression. In R.A. Prentky & V.L. Quinsey, (Eds.), Human sexual aggression: Current perspectives (pp. 244-260). New York: New York Academy of Science.

Pithers, W.D., Marques, J.K., Gibat, C.C., & Marlatt, G.A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. In J.G. Greer & I.R. Stuart (Eds.), The sexual aggressor: Current perspectives on treatment (pp. 214-239). Toronto: Van Nostrand Reinhold.

Prentky, R.A., & Quinsey, V.L. (Eds.) (1988). Human sexual aggression: Current perspectives. New York Academy of Science.

Quinsey, V.L. (1984). Sexual aggression: Studies of offenders against women. In D.N. Weisstaub (Ed.), Law and mental health: International perspectives, (Vol. 1). New York: Pergamon.

Quinsey, V.L. (1986). Men who have sex with children. In D.N. Weisstub (Ed.), Law and mental health: International perspectives (Vol. 2; pp. 140-172). New York: Pergamon.

Quinsey, V.L. (1987, February). Sexual aggressors' attributions about their own behavior. In L. Stermac (Chair), Cognitive factors in sexual aggression. Symposium at the meeting of the Ontario Psychological Association, Toronto.

Quinsey, V.L., & Chaplin, T.C. (1988). Preventing faking in phallometric assessments of sexual preference. In R.A. Prentky & V.L. Quinsey, (Eds.), Human sexual aggression: Current perspectives (pp. 49-50). New York: New York Academy of Science.

Quinsey, V.L., Chaplin, F.C., Corrigan, W.F. (1980). Biofeedback and signaled punishment in the modification of inappropriate sexual age preference. Behavior Therapy, 11, 567-576.

Quinsey, V.L., & Marshall, W.L. (1983). Procedures for reducing inappropriate sexual arousal: An evaluation review. In J.G. Greer & I.R. Stuart (Eds.), The sexual aggressor: Current perspectives on treatment (pp. 267-289). New York: Van Nostrand Reinhold.

Rogers, R.G., (October, 1988). An Overview of Issues and Concerns Related to the Sexual Abuse of Children in Canada. (Unpublished Discussion Paper) Ottawa: Department of Health and Welfare.

Romero, J.J., & Williams, L.M. (1983). Group psychotherapy and intensive probation supervision with sex offenders - A comparative study. Federal Probation, 47, 36-42.

Sagatun, I.J. (1982). The effects of court-ordered therapy on incest offenders. Journal of Offender Counselling Services, and Rehabilitation, 5, 99-104.

Saylor, M. (1979, December). A guided self-help approach to treatment of the habitual sexual offender. Presentation at the 12th Cropwood Conference, Cambridge, England.

Scully, D., & Marolla, J. (1981). Convicted rapists vocabulary of motive - Excuses and justification. Social Problems, 31, 530-544.

Service correctionnel du Canada (octobre 1988). Groupe d'étude les programmes communautaires et institutionnels, rapport final. (Rapport non publié) Ottawa: Ministère du Solliciteur général.

Soothill, K.L., & Gibbens, T. (1978). Recidivism of sexual offenders. British Journal of Criminology, 18, 267-276.

Soothill, K.L., Jack, A., & Gibbens, T.C.N. (1976). Rape: 22 year cohort study. Medicine, Science and the Law, 16, 26-39.

Steffy, R.A., & Gauthier, R. (1976). Report of the Alex G. Brown (AGB) Memorial Clinic Pedophile Treatment Program: 1975-1973. Unpublished manuscript, University of Waterloo.

Sturgeon, V.H., & Taylor, J. (1980). Report of a five-year follow-up study of mentally disordered sex offenders released from Atascadero State Hospital in 1973. Criminal Justice Journal, 4, 31-63.

Taylor, L. (1972). The significance and interpretation of replies to motivational questions: The case of sex offenders. Sociology, 6, 23-39.

Tracy, R., Donnelly, H., Morgenbesser, & Macdonald, D. (1983). Program evaluation: Recidivism research involving sex offenders. In J.G. Greer & I.R. Stuart (Eds.), The sexual aggressor: Current perspectives on treatment (pp. 198-213). New York: Van Nostrand Reinhold.

Wormith, J.W., & Borzecki, M. (1986). Assessing deviant sexual arousal: Physiological and Cognitive aspects. Advances in Behaviour Research and Therapy, 8, 101-137.

Wormith, J.S., & Ruhl, M. (1986). Preventative detention in Canada. Journal of Interpersonal Violence, 1, 399-430.